

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

DES MÉTHODES DE CLASSIFICATION DANS LES
TROUBLES NEURO-MOTEURS DU LARYNX

Par le Dr **Paul RAUGÉ**

Les troubles de motilité qui compromettent les fonctions du larynx sans intéresser son propre tissu représentent encore, à l'heure actuelle, un des chapitres les plus confus, je ne dis pas seulement de la laryngologie, mais peut-être de la pathologie tout entière.

Non certes que la question ait été négligée plus qu'une autre ou qu'on en ait méconnu l'importance. Je n'en sais aucune, au contraire, qu'on ait, dans ces dernières années, travaillée plus activement, discutée avec autant de passion et révolutionnée avec plus de zèle.

Comme elle intéresse un peu tout le monde, comme elle touche, par quelques points, non seulement aux problèmes les plus délicats de la laryngologie et de la médecine nerveuse, mais aux chapitres les plus divers de la pathologie commune, tout le monde s'est mis à l'œuvre pour en chercher la solution. Pendant que les physiologistes apportaient à l'observation clinique le concours trop dédaigné de l'expérimentation, l'anatomie essayait de fournir une base solide à ces recherches, en renouvelant de fond en comble les descriptions un peu trop schématiques que les anciens auteurs nous avaient laissées des muscles du larynx et de son appareil nerveux.

Ce qui rend en effet cette question si attrayante, et à la fois si difficile, c'est que son intérêt s'étend bien au delà des limites de la pathologie spéciale, c'est qu'elle n'est pas, comme les laryngites ou les polypes des cordes vocales, une question de laryngologie pure : non seulement on aborde avec elle les points les plus ambigus de la neuro-pathologie, depuis les atrophies dégénératives et les altérations dissociées des troncs nerveux jusqu'aux localisations cortico-cérébrales et aux lésions encore si mal connues du bulbe ; mais les affections les plus diverses présentent avec ces troubles laryngo-moteurs des relations aussi imprévues que difficiles à interpréter.

Malgré le nombre et la valeur des travaux parus sur ce sujet pendant ces vingt dernières années, la lumière est loin d'être faite non seulement sur la pathogénie, mais sur la répartition clinique de ces altérations fonctionnelles, et il n'est guère possible, pour le moment, ni de se faire une idée d'ensemble sur cette question, ni d'en grouper les éléments avec quelque méthode.

La multiplicité des conditions étiologiques qui disperse en quelque sorte leur histoire aux quatre coins de la pathologie, depuis le chapitre des anévrismes de l'aorte jusqu'à celui des tumeurs de l'œsophage, la diversité non moins grande des formes symptomatiques par où chacune de ces affections retentit sur le fonctionnement du larynx ; la difficulté qu'on rencontre à analyser la nature des lésions nerveuses et la variété des troubles musculaires qui en dépendent ; enfin, et plus que tout, les interprétations divergentes, qui permettent aux uns d'affirmer la paralysie là où d'autres voient clairement la contracture ; toutes ces causes réunies rendent extrêmement périlleuses les tentatives de systématisation et font de ce groupe morbide un chapitre sans cohésion, dont on entrevoit confusément l'ensemble sans parvenir à en classer les parties.

Loin d'avoir apporté la clarté dans ce coin sombre de la pathologie laryngée, il semble que les recherches modernes n'ont fait jusqu'à présent qu'en augmenter la confusion : les faits qu'elles ont accumulés, les opinions contradictoires

qu'elles ont mises en présence, semblent plus que jamais se refuser à toute nomenclature méthodique: ce sont des matériaux entassés pour une construction d'ensemble dont le plan est encore à chercher.

On s'est pourtant efforcé dès longtemps de réunir en un tout homogène et de disposer méthodiquement les éléments de ce groupe complexe, de catégoriser suivant une règle fixe les troubles variés que produisent dans le fonctionnement du larynx les altérations de son appareil musculaire, de rapporter chacun d'entre eux à la lésion nerveuse d'où il procède et d'en interpréter les conditions pathogéniques.

Les essais tentés dans ce sens ont varié de point de vue selon les époques, et suivi parallèlement les progrès de la science laryngologique et de la pathologie nerveuse. A chacune de ces tentatives de classification correspond une façon différente d'envisager le phénomène multiforme dont il s'agissait d'analyser et de coordonner les variétés.

Lorsqu'on cherche à décomposer la succession des faits morbides qui relient la lésion nerveuse originelle aux manifestations symptomatiques par lesquelles cette lésion s'exprime, on reconnaît, dans chaque variété de troubles laryngomoteurs, un enchaînement très constant, dont les détails varient à l'infini, mais dont la marche générale demeure, dans tous les cas, la même:

Une lésion d'un organe voisin, beaucoup plus rarement une altération primitive du tronc nerveux lui-même, compromet dans sa totalité, ou dans une partie de ses fibres, la conductibilité de ce tronc; lorsqu'il s'agit d'une affection des centres, ce sont tantôt les racines nerveuses, tantôt les noyaux d'origine, le plus souvent les unes et les autres, qui subissent l'excitation anormale ou la déchéance fonctionnelle: tel est le fait originel de l'enchaînement pathogénique que je cherche à dissocier.

Cette lésion primitive entraîne, dans tout le domaine musculaire correspondant au territoire nerveux atteint, une altération de fonction dont le siège et le sens dépendent évidemment de l'étendue et de la nature de l'altération qui la produit: contracture permanente ou spasme passager si cette

altération est simplement irritative, paralysie suivie d'atrophies secondaires si la lésion a matériellement ou fonctionnellement annulé le noyau d'origine ou le conducteur nerveux. C'est tantôt d'ailleurs un muscle isolé, tantôt un groupe musculaire, c'est parfois l'appareil entier, dont l'action se trouve ainsi pervertie, soit par excès, soit par défaut, et l'on comprend quelle variété de combinaisons morbides peut réaliser, selon les hasards infiniment variés des localisations, un appareil moteur aussi compliqué que celui du larynx. Suivant que la contracture, ou la paralysie, ou toutes les deux à la fois, s'y montrent diversement réparties, associant ou opposant leurs effets partiels, la résultante symptomatique affecte, on le comprend, des formes innombrables, dans lesquelles il devient infiniment difficile de dégager les composantes, et dont on n'aperçoit que la conséquence totale.

Ce trouble de la fonction musculaire, qui est le résultat immédiat de la lésion nerveuse et comme la seconde étape du processus, détermine à son tour un effet secondaire, directement appréciable par l'examen de l'organe : il s'agit de la déformation glottique et des altérations plus ou moins étendues que subissent les mouvements des cordes : c'est le troisième anneau de la chaîne morbide ; il représente la conséquence mécanique du trouble musculaire, comme le trouble musculaire lui-même était l'aboutissant physiologique de la lésion nerveuse primitive. La forme et le degré de ces déformations glottiques dépendent d'ailleurs du nombre et de l'importance des muscles compromis, aussi fatalement que le nombre des muscles atteints dépend de la topographie des lésions nerveuses. C'est ce que l'on peut nommer la manifestation laryngoscopique de la paralysie.

Mais là ne se bornent pas encore les conséquences de la lésion nerveuse originelle : la déformation de la glotte et la gêne mécanique survenue dans son fonctionnement entraînent à leur tour une série de troubles fonctionnels atteignant le larynx dans l'une ou l'autre de ses deux attributions physiologiques, dans sa fonction respiratoire si l'orifice est anormalement rétréci, dans sa fonction vocale si les cordes ont plus ou moins perdu le pouvoir de se rapprocher ou de se

tendre. Pour être le résultat le plus indirect de l'altération primitive, cette conséquence symptomatique n'en est pas moins considérable au point de vue de ses résultats pratiques : on peut même affirmer qu'elle est la plus importante de toutes, puisque c'est elle, au demeurant, qui domine le tableau clinique et constitue à elle seule la maladie tout entière.

Tels sont, en résumé, les quatre faits morbides qu'on retrouve, sous différents aspects, mais fatalement associés, dans toutes les affections neuro-motrices du larynx : à l'origine, une lésion variable, et diversement localisée, de l'appareil nerveux : c'est la base anatomique de tout le phénomène. Un trouble musculaire plus ou moins étendu succède à cette altération première. Il entraîne à son tour une déformation de la glotte, d'où résulte finalement le désordre fonctionnel qui exprime d'une manière apparente la forme symptomatique de l'affection. Chaque fait de cette série a servi successivement de point de départ théorique à la nomenclature :

Les uns, ne voyant dans le phénomène que la variété de ses formes cliniques, ont construit sur cette donnée des classifications purement symptomatiques. Soit qu'elles considèrent les manifestations extérieures de l'affection, soit qu'elles s'attachent uniquement à son aspect laryngoscopique, toutes ces classifications restent également indifférentes à la cause qui la produit.

Les autres, remontant jusqu'à la notion étiologique et négligeant les formes du phénomène pour ne s'inquiéter que de son origine, ont basé leur nomenclature uniquement sur la nature, et surtout sur le siège anatomique de la lésion nerveuse primitive.

Chacun de ces points de vue correspond, ainsi que je le disais tout à l'heure, à une phase différente de l'histoire de la question.

1° *Classification symptomatique.* — Jusqu'à l'apparition du laryngoscope, et tant qu'on ne connut les maladies du larynx que par leurs manifestations extérieures, toute classification des troubles laryngo-moteurs devait inévitablement et exclusivement dériver des variétés d'aspects de ces manifestations. Et comme l'organe ne pouvait être atteint que

dans l'une ou l'autre de ses deux attributions fonctionnelles, à moins qu'il ne le fût simultanément dans toutes les deux, la classification basée sur ces données ne pouvait être que particulièrement simple; ne distinguant dans cet ensemble que deux espèces de malades, ceux dont la respiration était troublée et ceux dont la voix était atteinte, les cliniciens de cette époque n'admettaient que deux formes de troubles laryngo-moteurs : une forme vocale, une forme respiratoire. Quant à établir dans ces deux grandes catégories autre chose que des différences de degré, quant à tenter d'y introduire des subdivisions basées sur les variétés du symptôme, sur les formes de la dyspnée ou sur les nuances de la dysphonie, c'était une tâche que ne pouvait accomplir la clinique la plus pénétrante, avec les moyens dont elle disposait alors.

Malgré son évidente insuffisance, cette nomenclature purement extérieure, qui se passe à la fois et du laryngoscope et de l'analyse physiologique, se présente avec une telle simplicité et sous une forme si pratique, que quelques-uns la conservent encore. Mais les deux cadres qu'elle admet sont manifestement trop larges : pour suffire aux besoins actuels et ne pas confondre en un même assemblage des formes évidemment dissemblables, chacun d'entre eux réclamerait au moins des subdivisions nécessaires.

2° Classification laryngoscopique. — Quand le laryngoscope eut fait de la cavité laryngée une région accessible à la vue, dont on put observer directement les changements d'aspects, normaux et pathologiques, on fut tout naturellement porté à tirer de ces modifications de forme les éléments de tout diagnostic et la base de toute nomenclature. L'attention se détournait subitement de la symptomatologie extérieure des affections laryngées pour se concentrer tout entière sur les déformations glottiques qu'elles entraînent, sur ce qu'on pourrait appeler leur expression iconographique.

Aucune classe d'affections ne paraissait plus propre que celle des troubles moteurs à bénéficier de la méthode nouvelle. Autant les symptômes extérieurs dont nous parlions tout à l'heure, aphonie, dysphonie ou dyspnée, étaient des phénomènes grossiers, peu susceptibles d'analyse, hors

d'état de dévoiler par eux-mêmes les nuances des troubles moteurs, voire d'en affirmer simplement l'existence, autant les déformations de la glotte étaient un signe caractéristique, capable, d'après ses variétés, de refléter toutes les combinaisons des troubles musculaires, d'en révéler les mécanismes divers et peut-être de conduire jusqu'à la lésion nerveuse originelle.

A cette idée correspondit une classification basée uniquement sur les altérations de forme que subit la glotte normale dans les différentes variétés de paralysies ou de contractures, et sur l'interprétation du trouble musculaire dissimulé derrière la déformation observée. A partir du moment où Traube eut publié le premier cas de paralysie laryngée diagnostiquée au laryngoscope, on put croire que le miroir allait donner la clef de toutes les affections de ce genre, et que chaque variété viendrait se classer d'elle-même dans un cadre logiquement établi sur le siège et sur la nature de l'altération musculaire. Si l'on n'arrivait pas ainsi jusqu'à l'origine nerveuse de l'affection, du moins on pouvait espérer que ce mode d'investigation rapporterait chaque variété de déformation glottique à son mécanisme musculaire immédiat.

On comptait sans les difficultés que présente, dans tous les cas, l'interprétation d'une déformation de cause musculaire, surtout quand elle se produit dans un appareil moteur aussi compliqué que celui du larynx. Affirmer que tel muscle est paralysé, tel autre contracturé et tel autre normal, d'après le seul examen de la forme de la glotte ou de la position des aryténoïdes, est un problème autrement difficile que de localiser la contracture ou la paralysie dans une maladie d'un membre, d'après la déformation de ce membre ou l'attitude vicieuse d'un de ses segments : or chacun sait pourtant quel problème compliqué représente déjà l'analyse précise des conditions pathogéniques qui produisent la main en griffe ou les variétés du pied-bot. Combien plus délicate encore était cette dissociation physio-pathologique dans une région comme le larynx, dont les muscles, trop profonds pour être directement accessibles, ne manifestent leurs désordres que

par la déformation d'un orifice où la vue seule peut atteindre et n'atteint qu'indirectement.

Encore eût-il fallu, pour édifier sûrement une physiologie pathologique aussi délicate, faire pour cet appareil compliqué ce que Duchenne avait fait pour les muscles des membres, établir imperturbablement l'action normale de chaque élément musculaire et baser sur ce fond solide l'analyse des états anormaux. Malheureusement, la plupart des recherches faites dans cette direction partent de cette physiologie conventionnelle qui dominait il y a quelque trente ans et qui donnait à chaque muscle du larynx des attributions aussi simples que fantaisistes. La revision nécessaire de la mécanique musculaire laryngée, par où l'on eût dû commencer, a été entreprise depuis quelques années; elle se poursuit maintenant sans relâche, transformant une à une ou complétant les données traditionnelles. Les erreurs qu'on a relevées dans les opinions anciennes rendent inacceptables aujourd'hui les déductions pathologiques qu'on avait établies sur elles et l'on ne saurait plus voir qu'un schéma suranné dans l'ingénieux et classique diagramme par lequel Elsberg, croyait, il y a dix ans, avoir résumé tous les troubles moteurs du larynx. Il est vrai que ce schéma a été depuis lors rajeuni et mis au point par M. Massei, qui a cherché à y faire entrer les formes nouvellement décrites et à l'adapter aux idées modernes sur la physiologie nerveuse et musculaire du larynx.

Malgré la précision qu'il a introduite parmi les formes variées des troubles laryngo-moteurs en rapportant chacun d'entre eux à son aspect laryngoscopique particulier et à son mécanisme probable, ce procédé de nomenclature, qui consiste à ne tenir compte que de la forme de la glotte dans l'analyse des troubles moteurs, présente cependant un inconvénient qu'il est bon de signaler. Il subdivise avec excès, il hache pour ainsi dire le sujet en autant de formes différentes qu'il y a de muscles dans le larynx, que dis-je, en autant de variétés qu'il y a de façons possibles de combiner ou d'opposer leurs paralysies ou leurs contractures. Toutes les espèces ainsi établies, très logiques sans doute au point

de vue de la physiologie pure, sont loin d'avoir l'importance clinique qu'on pourrait leur attribuer. Il s'en faut surtout que chacune d'elles se présente dans la pratique avec une même fréquence, ainsi qu'on serait tenté de le croire en les voyant énumérées, dans la plupart des traités modernes, comme une série de formes également habituelles. En réalité, s'il en est parmi elles qui se rencontrent d'une façon courante — telles la position cadavérique ou l'adduction permanente des cordes — il en est d'autres, au contraire, dont toutes les observations se publient encore et qui se comptent en infiniment petit nombre (paralyisie des inter-aryténoïdiens; abduction extrême par contracture des dilatateurs, etc.). Certes, je ne conteste pas l'utilité de cette dissociation mécanique des troubles laryngo-moteurs ni l'ingéniosité des schémas qui les représentent. C'est une façon fort élégante de faire vivre des abstractions en les matérialisant par une figure. Mais je reproche à ces schémas d'être plutôt construits sur des conceptions théoriques que déduits de l'observation du malade, d'être en somme des diagrammes dont chaque variété figure, avec une clarté et une précision par trop idéales, certaines lésions que la maladie ne réalise jamais ou réalise d'une manière exceptionnelle.

Le procédé d'après lequel tous ces schémas sont établis consiste à prendre tour à tour chacun des muscles du larynx, à imaginer, d'après ce que l'on croit savoir de son action normale, le résultat qu'aurait sa suppression fonctionnelle (paralyisie) ou son action intempestive (contracture), au point de vue de la position des cordes et des dimensions de la glotte; à exprimer graphiquement, par une figure de convention, cette déformation de l'orifice, et à mettre au-dessous de cette image anormale le nom de la lésion musculaire qui est censée la produire. Après avoir fait ce travail d'analyse physio-musculaire pour chaque muscle isolé et établi la formule de sa paralyisie ou de sa contracture individuelle, on combine ces résultats de détails pour établir les conséquences que produiraient ces lésions, si elles étaient associées, si deux ou trois muscles différents, ou tout un groupe musculaire, ou tous les muscles de l'organe étaient frappés en

même temps soit de paralysie soit de contracture. On arrive de cette façon à représenter toutes les associations de troubles moteurs réalisables, toutes celles qu'on peut observer et toutes celles qu'il est possible de concevoir, en une série de figures conventionnelles qui résument d'une façon saisissante toute la physiologie pathologique des déformations glottiques d'origine musculaire.

Malgré l'utilité mnémotechnique de ces diagrammes, malgré l'intérêt théorique qui s'attache à l'analyse physiopathologique dont ils sont comme la traduction figurative et abrégée, je tiens à répéter encore qu'on s'abuserait étrangement si l'on s'attendait à retrouver pratiquement, dans le miroir laryngien, chacune des quinze ou vingt figures qui résument ce système de nomenclature.

Cette méthode de division a du reste perdu beaucoup de son importance, depuis que l'on a reconnu le peu de variétés que présentent les paralysies isolées des muscles du larynx consécutives aux lésions matérielles de son appareil nerveux. Elle suppose, en effet, aux lésions de cet appareil une faculté de dissociation et une variabilité d'effet, que les recherches modernes semblent avoir singulièrement restreintes. On croyait autrefois qu'une altération atteignant en masse l'un des gros conducteurs nerveux de l'organe, le récurrent par exemple ou le tronc du pneumo-gastrique, pouvait réaliser des effets de détail essentiellement divers suivant que le hasard des compressions, la forme de la tumeur, son étendue ou ses rapports variables avec le nerf, exposaient telle ou telle portion du faisceau à être isolément compromise, au milieu d'autres fibres restées indemnes.

Qu'on lise à ce sujet ce qu'écrivait Ziemssen, il y a 16 ans, pour résumer les idées régnantes de l'époque : « Les paralysies isolées de certaines fibres du récurrent destinées soit aux muscles du larynx soit à la muqueuse trachéo-laryngienne peuvent résulter de lésions incomplètes de ce tronc, produites elles-mêmes soit par une compression inégalement répartie, soit par une dégénérescence partielle de ses fibres. Ce fait se montre, d'ordinaire, à la période initiale d'une lésion grave ou lentement progressive aboutissant par degré

à la perte totale du tronc nerveux, dans les cas, par exemple, d'anévrisme de l'aorte, de carcinome ; aussi peut-on presque toujours observer, avant que la paralysie totale ne soit établie, une phase initiale de paralysie partielle intéressant d'une façon prédominante tantôt un muscle et tantôt l'autre. »

Mais, dans la suite, on s'aperçut que ces lésions dissociées ne présentaient aucunement cet imprévu de localisation, partant, cette variabilité d'aspect qu'une observation incomplète leur avait gratuitement supposée jusqu'alors. MM. Rosenbach et Semon formulèrent presque en même temps une loi physio-pathologique basée sur l'étude plus attentive des faits, et qui présente, dans l'espèce, une importance capitale : ils montraient que les altérations matérielles portant sur l'appareil nerveux du larynx, loin de réaliser ces innombrables nuances symptomatiques qu'une analyse laborieuse s'ingéniait à distinguer, affectaient au contraire une constance d'allure que personne n'avait jusque-là soupçonnée :

Toutes les fois que la lésion ne détruisait pas d'une façon radicale la continuité du conducteur nerveux ou la substance grise des centres moteurs, elle aboutissait constamment, systématiquement, à une seule forme d'altération partielle, invariablement exprimée par la même formule laryngoscopique, adduction permanente des cordes, et par le même aspect symptomatique, dyspnée paroxystique à recrudescences inspiratoires avec intégrité relative de la fonction vocale.

Comme ils interprétaient cet ensemble morbide par le défaut d'action des dilatateurs, cette paralysie limitée aux abducteurs restait la seule forme de paralysie dissociée que pût produire une lésion matérielle des troncs ou des centres nerveux : par un privilège bizarre, les fibres nerveuses destinées aux dilatateurs étaient les seules qui pussent être atteintes isolément, les seules que les altérations destructives allassent choisir, comme de parti pris, au milieu du faisceau commun, pour les frapper à l'exclusion des autres.

On sait à quels efforts d'imagination on s'est livré depuis pour expliquer ce fait inexplicable, et combien les plus ingénieuses, parmi les interprétations qu'on en a proposées, sont

demeurées insuffisantes. De tous les partisans de son opinion, M. Semon est peut-être le seul qui n'ait risqué aucune théorie et s'en soit tenu prudemment à la constatation pure et simple du fait.

Interprétée comme elle le fut d'abord par MM. Horsley et Semon, l'adduction permanente des cordes représentait encore une forme de trouble moteur partiel, le dernier survivant du groupe. Mais voici que cette notion de paralysie isolée des abducteurs, qu'ils consentaient encore à accepter, se trouve à son tour gravement menacée, depuis que M. Krause insiste pour rattacher à un tout autre mécanisme le tableau symptomatique qu'on était convenu de lui attribuer.

Revenant aux idées de Krishaber, de Gouguenheim et de la plupart des auteurs français, sur la pathogénie des troubles respiratoires d'origine laryngée, et confirmant les suppositions anciennes par une série d'expériences rigoureuses, M. Krause fait de l'adduction permanente non plus une paralysie limitée aux dilatateurs, mais une contracture généralisée exprimant l'irritation totale du récurrent, comme l'état cadavérique exprime sa destruction absolue. Si l'on accepte cette façon nouvelle de concevoir les faits observés, il n'y a plus d'effets partiels produits par les altérations matérielles des nerfs laryngés, à moins bien entendu d'une lésion atteignant isolément une branche de bifurcation ; il n'y a plus que des altérations d'ensemble aboutissant suivant leur forme, et non suivant leur localisation, aux deux seules variétés cliniquement observables, à l'atrésie glottique quand elles sont irritatives, à la paralysie laryngée totale quand elles sont destructives.

Que deviennent dès lors les formes circonscrites dont parlaient les diagrammes d'Elsberg et de Massei, dont Ziemssen affirmait la fréquence, et qui tiennent encore une si large place dans les traités les plus modernes ? Faut-il admettre qu'elles n'existent pas, que les descriptions qu'on en a faites n'étaient que des fantaisies d'imagination ou des erreurs de jugement clinique ? Aucunement, et la plupart des tableaux qui s'y rapportent ont été réellement vus ; mais ces exceptions

laryngoscopiques ne sont pas, comme on le supposait naguère, la conséquence de lésions matérielles de l'appareil nerveux ; ce sont des troubles fonctionnels, dont l'origine anatomique nous échappe presque toujours, et dont l'hystérie fait généralement les frais. On sait assez que cette cause vague se rencontre presque toujours derrière les paralysies laryngées partielles, surtout quand l'organe est atteint dans ses attributions vocales. Ce sont peut-être aussi des paralysies myopathiques primitives, reconnaissant pour origine une altération immédiate de l'élément musculaire. Quoique quelques auteurs (Mackenzie) aient certainement exagéré l'importance et la fréquence de ce mode pathogénique encore très discuté, il est certain que des causes diverses, rhumatisme, infiltration inflammatoire, compression, néoplasmes, déterminent à l'occasion, dans le larynx plus aisément peut-être que dans tout autre organe, une altération primitive de la fibre musculaire capable d'aboutir, suivant les chances de ses localisations possibles, à des manifestations partielles que ne peuvent, nous l'avons vu, réaliser en aucun cas les lésions, toujours systématiques, de l'appareil nerveux.

On comprendra mieux maintenant pourquoi je protestais tout à l'heure contre l'importance excessive attribuée à ces nuances d'aspect de la glotte morbide, qui correspondent à la paralysie isolée d'un seul, ou de deux ou trois muscles du larynx. Sans doute on peut les observer ; il est fort bon de les décrire en tant qu'expression locale de certaines conditions pathogéniques peu communes : mais il est injuste et trompeur de leur accorder autant de valeur qu'à l'adduction permanente, par exemple, ou à l'état cadavérique, qui résument presque toutes les altérations organiques de l'appareil nerveux laryngo-moteur.

3° *Classification étiologique.* — A mesure que l'on connut mieux la multiplicité de siège et de nature des lésions nerveuses qu'on peut trouver à l'origine des troubles moteurs du larynx, on se dirigea dans ce sens pour emprunter à cette notion les éléments d'une classification plus naturelle que les précédentes, et plus philosophique, puisqu'elle est fondée sur la cause même des faits observés.

Quand les anciens auteurs parlaient de troubles laryngés d'origine nerveuse, ils n'avaient dans l'esprit que ceux qui étaient dus aux altérations matérielles du récurrent, beaucoup plus rarement aux lésions du laryngé supérieur, du spinal ou du pneumo-gastrique. Mais nul ne s'était avisé que les altérations des centres pouvaient déterminer des désordres précis dans la motilité des cordes vocales et des déformations de l'image glottique. Les recherches de Duchenne sur la paralysie labio-glosso-laryngée, les travaux de Féréol et de Charcot sur les crises laryngées du tabes, commencèrent à attirer l'attention sur la provenance bulbaire de certains troubles laryngo-moteurs. On reconnut que les nerfs du larynx n'étaient pas constamment atteints dans la continuité de leur trajet, qu'ils pouvaient l'être aussi dans leurs noyaux d'origine, et l'on se mit à rechercher méthodiquement dans le bulbe l'explication de toutes les perturbations glottiques dont on ne trouvait l'origine ni dans les altérations des gros troncs nerveux, ni dans une lésion de leur voisinage.

Quelques autopsies très rigoureuses (cas d'Eisenlohr, de Bryson-Delavan) montraient en même temps que les troubles laryngés ne s'observent pas exclusivement dans les affections systématiques du bulbe, mais aussi dans les lésions en foyers, et fournissaient des bases solides à cette difficile étude d'anatomie pathologique. Malgré tout ce qu'a d'incomplet la connaissance que nous possédons à l'heure présente sur la pathogénie des symptômes laryngo-bulbaires, nous en savons assez pour pouvoir affirmer la fréquence de cette cause et pour faire à ce mode d'origine une assez large place dans le cadre étiologique des troubles moteurs laryngés.

En même temps, on reconnut que les lésions cérébrales elles-mêmes peuvent retentir sur l'appareil laryngé, soit qu'elles atteignent la région corticale, soit qu'elles interrompent la continuité intra-cérébrale des fibres d'union cortico-bulbaires.

Insuffisamment établi tout d'abord sur un certain nombre de cas anciens, à qui manquait presque toujours la consécration nécessaire fournie par le laryngoscope et par une autopsie complète, ce fait s'appuie actuellement sur des obser-

vations parfaitement solides ; je ne parle que de celles, encore trop peu nombreuses, qui présentent la garantie quasi-expérimentale de cas rigoureusement observés, sous le double contrôle de l'examen laryngoscopique et de l'anatomie pathologique. Ce n'est pas ici le lieu de rappeler la lutte qui s'est élevée, entre cliniciens et physiologistes, à propos du centre laryngé cortical. Qu'il me suffise d'affirmer que les recherches expérimentales, aussi bien celles de Krause et de Masini que celles de Semon et Horsley, s'accordent pleinement avec les observations cliniques quant à l'existence même de ce centre psycho-moteur : le dissentiment ne commence qu'en ce qui touche à son mode d'action : bilatérale et symétrique pour MM. Semon et Horsley, cette action serait, pour M. Garel, une simple action croisée, parfaitement en rapport avec les lésions hémiplegiques qu'il a observées dans le larynx.

Je ne fais qu'indiquer cette grosse question du centre laryngé, que j'ai longuement développée ailleurs. Le seul fait qui nous intéresse en ce moment, le seul que nous devons retenir, c'est qu'il y a, dans le cerveau, certains points d'où peuvent partir des troubles laryngo-moteurs, comme ils partent du bulbe ou des troncs.

Les grandes lignes de démarcation qui dominent la nomenclature étiologique s'établissent d'ailleurs sur le siège de la lésion beaucoup plus que sur sa nature, si bien que ce mode de répartition se ramène, en définitive, à une classification topographique, dont les subdivisions sont parallèles aux grandes régions anatomiques de l'appareil nerveux laryngé : troubles moteurs par lésions cérébrales, bulbaires ou périphériques.

J'ai cherché, dans ce qui précède, à montrer les trois points de vue qui dominent la répartition des troubles nerveux laryngo-moteurs. A chacun d'entre eux correspond l'un des plans de nomenclature autour desquels on peut grouper toutes les classifications possibles, anciennes ou récentes : nomenclatures symptomatiques, nomenclatures laryngoscopiques, nomenclatures étiologiques ou anatomo-topographi-

ques. Ce sont ces trois méthodes si différentes dont il nous reste à juger les tendances et à comparer la valeur :

La première, beaucoup trop large, n'admet que deux grandes divisions, évidemment insuffisantes à répartir comme il faudrait les formes variées qu'il s'agit de mettre en ordre : dire d'une paralysie qu'elle est une paralysie vocale, d'une autre qu'elle est une paralysie respiratoire, nous donne évidemment de leur apparence clinique une notion générale qui ne manque pas d'importance, mais ne saurait en aucun cas suffire à leur désigner une place précise dans une classification nosographique.

La seconde a le défaut contraire : multipliant avec excès les aspects anormaux de l'image glottique, elle a peine à trouver, en pratique, des faits correspondant aux innombrables variétés morbides dont elle admet théoriquement l'existence.

Qu'on me passe cette comparaison, la première est comme une boîte à deux compartiments, dans chacun desquels s'accumulent des éléments dissemblables, faute des subdivisions nécessaires ; l'autre est un casier à cases multiples, dont la plupart restent inoccupées, par la simple raison qu'elles sont trop nombreuses, plus nombreuses que la réalité clinique.

La troisième méthode de nomenclature, celle qui part de la lésion et de son siège, présente évidemment sur les deux précédentes une supériorité qui lui vaut, à l'heure actuelle, une préférence à peu près unanime. Déduite de l'origine même de l'affection, elle représente une division naturelle, comme les nomenclatures botaniques établies sur les grands caractères des espèces. Elle est de plus la meilleure en clinique, parce qu'elle dirige immédiatement l'esprit vers la chose la plus importante, vers la lésion originelle, c'est-à-dire, en définitive, vers la maladie proprement dite, dont le désordre laryngé n'est que le symptôme accessoire et souvent l'indice révélateur : il importe en effet beaucoup plus, en pratique, de savoir d'où provient une lésion du larynx, que de connaître exactement quels muscles sont paralysés. Malheureusement, cette classification étiologique ne saurait

être une classification complète ; il est toute une catégorie de faits qui ne peuvent y trouver place : uniquement basée sur le siège de la lésion, elle rejette forcément toutes les altérations fonctionnelles où cette lésion est absente, c'est-à-dire toutes les paralysies dissociées dont la cause, nous l'avons vu, n'est à peu près jamais matériellement saisissable.

Ce dont il faut bien se convaincre, ce que je voudrais montrer en finissant, c'est que nulle des classifications actuelles ne permet d'établir, dans les troubles neuro-moteurs du larynx, des espèces proprement dites. Ce qui fait, en pathologie, une espèce nosologique, ce n'est ni la cause qui la produit ni le symptôme qui l'exprime : c'est la réunion constante et le parallélisme exact de ces deux éléments. Or ce rapport absolu et régulier, entre la lésion et le symptôme, nous échappe encore totalement, en ce qui touche aux troubles moteurs du larynx : il nous est, jusqu'à nouvel ordre, aussi impossible d'assigner une manifestation clinique invariable à la compression du récurrent ou aux lésions du centre laryngé cortical, que d'attribuer une origine anatomique constante à la paralysie totale de la glotte ou à l'adduction permanente des cordes. Le jour où nous connaissons ces rapports, où nous saurons qu'à telle lésion d'un nerf périphérique, à telle altération du bulbe répond un aspect laryngoscopique déterminé et un ensemble prévu de désordres fonctionnels, qu'ils y répondent constamment et qu'eux seuls peuvent y répondre, ce jour-là seulement nous pourrions établir, en combinant cette double donnée, les individualités morbides qu'on n'est pas encore parvenu à distinguer dans ce groupe. Jusque-là, les troubles moteurs du larynx doivent être traités comme de simples symptômes et catégorisés comme tels.

C'est pour méconnaître ce principe que l'on risque si fréquemment ici des subdivisions imparfaites ou des classifications hasardeuses. On veut voir, dans les paralysies du larynx, ou dans ses contractures, de véritables espèces pathologiques et presque des maladies indépendantes. C'est là qu'est la fausse interprétation et c'est contre quoi je tiens à protester :

Une paralysie du larynx n'est pas plus une maladie en soi que le tremblement de la sclérose en plaques, le strabisme d'une tumeur cérébrale ou les convulsions de l'épilepsie. La maladie, c'est l'anévrisme de l'aorte, c'est le tabès, l'altération du bulbe ou l'adénopathie bronchique, qui sont à l'origine de la paralysie laryngée, et dont celle-ci n'est pas toujours la seule ni la plus importante manifestation. Le trouble laryngo-moteur n'est que la conséquence symptomatique, le résultat secondaire et inconstant de ces lésions primitives.

Or, pour connaître ce symptôme, il faut avant tout l'observer, sous toutes ses variétés d'aspect : pour cela, il faut le poursuivre dans le domaine presque entier de la pathologie ; il faut étudier toutes les déformations glottiques, tous les troubles vocaux ou respiratoires, tous les désordres fonctionnels que peut réaliser une paralysie du larynx. A cette énumération correspondent les deux modes de classifications qui négligent les origines de l'affection pour n'en rechercher que les apparences, l'une ne songeant qu'aux symptômes extérieurement visibles, l'autre ne voyant que l'image glottique et les aspects anormaux que le laryngoscope y révèle.

Mais on serait mal renseigné sur l'ensemble du phénomène, si l'on se bornait à en constater les aspects, sans s'efforcer d'en pénétrer les causes et de rattacher, autant que possible, toutes ses variétés de formes au siège et à la nature probable de l'altération originelle : c'est pour répondre à ce besoin qu'intervient la nomenclature étiologique.

On le voit, aucun des trois modes de nomenclature que nous avons analysés ne saurait suffire, isolé, à présenter dans leur ensemble les troubles laryngo-moteurs d'origine nerveuse. Tous trois doivent intervenir, mais intervenir successivement, pour se soutenir et se compléter : les deux premiers commandent le chapitre symptômes, le troisième domine la question d'étiologie.

Voilà pourquoi toutes les classifications qui s'appuient uniquement sur l'une ou l'autre de ces données manquent toujours par quelque point et sont inévitablement des nomen-

clatures incomplètes. Cela est si vrai, que tous les auteurs qui ont voulu suivre cette méthode exclusive, ont abouti fatalement à des combinaisons bâtarde, pour pouvoir faire entrer dans leur cadre toutes les formes qu'ils avaient à classer. C'est ainsi que M. Gottstein, après avoir décrit, dans trois premiers paragraphes, la paralysie des tenseurs, celle des constricteurs et celle des abducteurs, abandonne subitement le point de vue séméiologique pour placer les troubles moteurs dus à la compression du récurrent, aboutissant ainsi à une seconde division purement étiologique. Quant aux paralysies centrales, il les rejette à la fin de son livre, dans un chapitre surajouté, où sont successivement décrits les troubles laryngo-moteurs par lésion du cerveau, du bulbe et de la moelle.

Mackenzie fait tout le contraire : il commence par une division étiologique (lésions de la moelle allongée, de l'accessoire, du vague, du laryngé supérieur et du récurrent); puis, comme il lui reste des formes qu'il n'a pu introduire dans ce tableau, il accumule dans un chapitre distinct toutes les variétés de paralysies dissociées; c'est-à-dire que sa description, appuyée au commencement sur la seule topographie des lésions nerveuses, s'achève, sans raison, dans une énumération purement laryngoscopique.

II

SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES NODULES
DES CHANTEURSPar MM. **SABRAZÈS** et **FRÈCHE**.

PLANCHE I

(Travail du laboratoire de M. le professeur PITRES.)

I

Les laryngologistes désignent sous le nom de nodules des chanteurs des saillies blanchâtres, bien limitées, du volume d'un grain de millet ou plus petites encore et à peine visibles, localisées plus particulièrement à l'union du tiers antérieur au tiers moyen du bord libre des cordes vocales inférieures.

Ces productions, pédiculées ou sessiles, sont assez régulièrement arrondies; leur surface, habituellement lisse, peut être dentelée et comme frangée. Il existe sur un même malade tantôt un seul nodule, tantôt deux, un de chaque côté, en des points exactement symétriques. Ils surviennent, le plus souvent, à titre de complication, au cours des laryngites chroniques, chez les sujets qui abusent de la voix, et s'accompagnent de troubles fonctionnels d'une interprétation difficile, parmi lesquels il convient de mentionner la parésie des constricteurs. Cette parésie disparaît parfois immédiatement après l'ablation des nodules. Ceux-ci peuvent guérir spontanément ou rester stationnaires pendant des années.

Si l'étude clinique de ces tumeurs a suscité de nombreux travaux, il n'en est pas de même de leur étude histologique. Les opinions émises relativement à leur structure ne reposent que sur un très petit nombre de faits.

M. le Dr Lichtwitz, en mettant généreusement à notre disposition des pièces qui proviennent de sa clientèle privée et de sa Clinique, nous a permis d'apporter quelques éléments nouveaux à la solution du problème. Nous ne saurions trop le remercier d'avoir bien voulu faciliter nos recherches et nous engager à les publier.

Après un exposé sommaire des observations cliniques, nous aborderons l'étude histologique des nodules enlevés et nous comparerons nos descriptions microscopiques à celles qui ont fait l'objet de récentes publications.

OBSERVATION I.

Sœur M. J..., 32 ans, institutrice.

Le début de l'affection remonte à quatre ans environ. Depuis cette époque, la voix s'éteint progressivement; chaque soir, après la classe, l'enrouement s'exagère; il s'accroît aussi tous les mois à l'occasion des menstrues.

En août dernier, fin de l'année scolaire, aphonie presque complète.

Examen laryngoscopique : On voit deux nodules, de la grosseur d'un grain de mil, implantés sur le tiers antérieur du bord libre des cordes; celles-ci présentent, de plus, un épaississement diffus au niveau des points d'implantation; elles sont notablement parésiées et atteintes d'inflammation catarrhale.

Il n'existe aucun signe d'affection broncho-pulmonaire.

Dans le courant du mois d'octobre, M. le Dr Lichtwitz enlève les deux nodules et constate, immédiatement après l'ablation, que la voix est devenue beaucoup plus claire. L'amélioration va s'accroissant malgré la persistance des épaississements diffus et de l'état catarrhal.

A la date du 20 mai, il ne reste plus qu'une très légère raucité de la voix due à l'épaississement diffus des cordes.

OBSERVATION II.

M^{me} P..., 31 ans, cigarière.

Vers l'âge de dix-huit ans, la malade a été atteinte d'une laryngite qui a guéri sans laisser de traces.

Il y a quatre ans, bronchite qui nécessite l'alitement pendant

un mois et qui est suivie d'une extinction progressive de la voix. Le médecin traitant, soupçonnant la tuberculose laryngée, prescrivit de l'huile de foie de morue et des fumigations. En mars 1891, la malade est complètement aphone.

Examen laryngoscopique : On voit deux petites tumeurs arrondies, blanches, de la grosseur d'un grain de chènevis, occupant le bord libre des deux cordes vocales, vers la partie moyenne environ.

Pas de lésions de laryngite catarrhale; parésie des constricteurs surtout accentuée après un examen prolongé. Rien aux poumons. Pas de syphilis.

L'ablation des deux nodules est pratiquée par M. le Dr Lichtwitz, le 25 mars 1891, à l'aide d'une pince coupante. Immédiatement après l'intervention la parésie disparaît et par suite l'aphonie.

La guérison peut être considérée comme définitive; la malade, qui est revue le 2 avril 1892, a une voix très claire et ne porte pas de traces de la lésion première.

OBSERVATION III.

Sœur M. . . , 26 ans, institutrice.

La malade, depuis longtemps sujette à des enrouements passagers, ne peut actuellement presque plus faire sa classe. Dès qu'elle parle ou qu'elle lit à haute voix, elle éprouve une sensation de gêne dans la gorge qui lui cause une lassitude générale. L'usage prolongé de la parole aboutit à l'aphonie complète.

Examen laryngoscopique, 4 février 1892 : On constate, au milieu du bord libre de la corde vocale gauche, une petite saillie blanchâtre, de la grosseur d'un grain de chènevis, à surface régulièrement lisse. Au même niveau existe, sur la corde vocale opposée, un léger épaississement à peine perceptible.

Les cordes vocales sont nacrées et ne présentent pas la moindre trace d'état catarrhal; elle arrivent au contact, pendant la phonation, autant que le permet le nodule; mais, si on prolonge l'examen, les cordes ne se rapprochent plus complètement; l'enrouement est dû en grande partie à la parésie des constricteurs; tant que la malade, en effet, réussit à rapprocher ses cordes, la voix est assez claire.

L'appareil broncho-pulmonaire est indemne de toute lésion.

Le 26 février, après cocaïnisation, le Dr Lichtwitz enlève la

petite saillie à l'aide de la petite pince coupante de Heymann. Immédiatement après l'ablation du nodule, la parésie des constricteurs disparaît et la voix redevient normale.

Le 31 mars, on ne trouve plus que le léger épaississement de la corde vocale droite ; à gauche, il ne reste aucune trace du nodule. L'exercice de la voix n'entraîne plus la moindre fatigue.

II

Nous n'avons pu examiner, pour chaque cas, qu'un seul des nodules enlevés.

Premier nodule (obs. I et fig. 1). — Il a le volume d'un grain de millet. Après fixation par l'alcool absolu et inclusion dans la celloïdine, des coupes en série sont pratiquées au microtome mécanique. Elles mesurent un millimètre suivant leur longueur, un demi-millimètre dans le sens de leur largeur.

La tumeur est constituée par l'épithélium épaissi et par le chorien.

L'épithélium présente :

1° A la périphérie, après coloration au carmin, une bordure jaunâtre dont l'épaisseur varie de 8 à 20 μ et qui est formée de lamelles épidermiques kératinisées dont la séparation est rendue manifeste par des traînées roses, légèrement ondulées ;

2° Au-dessous, on voit une zone d'épithélium pavimenteux vivement coloré par le carmin en rouge vif, dont l'épaisseur oscille entre 24 et 80 μ . Cette couche est représentée par des cellules plates, tassées les unes contre les autres, très nettement nucléées, disposées en quatre à six rangées. On ne constate pas dans leur intérieur de granulations d'éosine ;

3° Plus bas, des cellules losangiques et, plus profondément, polyédriques, colorées en rose pâle ; les noyaux, bien apparents sur les préparations à l'éosine hématoxylique, sont de forme très irrégulière ; les uns sont allongés dans le sens transversal, les autres étranglés au centre ; d'autres enfin disposés en asters. Cette dernière disposition, qu'il est fa-

cile d'étudier à un fort grossissement (obj. 8^{mm},00, oc. 8 de Zeiss), domine dans les préparations ; l'épaisseur maxima de cette région est de 320 μ ; elle est coupée çà et là de lacunes irrégulières, de nature indéterminée.

Sur une coupe, on remarque, au milieu des stratifications de cellules polyédriques, un espace arrondi, d'un diamètre de 24 μ , tapissé par un épithélium semblable à celui des couches profondes de la muqueuse. Cet espace résulte, ainsi qu'en témoignent les cellules conjonctives qui entrent dans sa constitution, de la coupe transversale d'un prolongement dermique. On compte jusqu'à seize rangées de cellules polyédriques dans les parties les plus épaissies. Celles-ci, dont la substance cimentante apparaît très nettement après coloration à l'éosine hématoxylique, sont immédiatement en contact, réunies par leurs filaments d'union et forment une mosaïque régulière ; elles reposent :

4° Sur deux assises de cellules cylindriques dans l'intervalle desquelles une exploration minutieuse ne décèle pas de cellules migratrices ;

5° On trouve enfin la membrane basale colorée en rose qui mesure 16 μ .

Le chorion a, sur deux coupes, une épaisseur d'environ 3 dixièmes de millimètre. Il est représenté par un tissu connectif jeune, coloré en rose, dépourvu de faisceaux fibreux apparents, traversé de nombreuses lacunes, parsemé de cellules conjonctives d'une longueur de 8 à 12 μ . Au-dessous de la membrane basale sont quelques cellules rondes, à type embryonnaire, non disposées en amas. On ne voit pas de vaisseaux dans la trame du chorion muqueux qui forme des prolongements d'aspect papillaire sur lesquels se moulent les ondulations de l'épithélium.

On note trois de ces pseudo-papilles dans deux coupes ; leur hauteur est de 16 à 32 centièmes de millimètre, leur largeur de 8 à 20 centièmes de millimètre.

La plupart des coupes ne contiennent que les diverses couches de l'épithélium proliféré qui affecte la même distribution et les mêmes caractères que ci-dessus, sans trace de chorion. Sur quelques-unes, la couche cornée mesure jusqu'à 80 μ .

Nous avons donc affaire à un épaissement de l'épithélium pavimenteux stratifié de la corde vocale, épithélium dont les prolongements sont isolés dans la profondeur du chorion lui-même hypertrophié des apparences papillaires dénuées de vaisseaux.

Il n'existe ni globes épidermiques, ni culs-de-sac glandulaires, ni follicules clos en aucun point des préparations.

Deuxième nodule (obs. II et fig. 2). — Les coupes en série ont été faites dans le sens du plus grand diamètre après fixation par l'alcool absolu et inclusion dans la celloïdine.

Le nodule est constitué par l'épithélium proliféré; les couches pavimenteuses sont cependant normales. La prolifération semble avoir porté sur les cellules polyédriques qui forment une vingtaine de rangées parallèles disposées sur une étendue de 31 à 40 centièmes de millimètre. Pas d'épithélium, pas de cellules migratrices. Il n'y a dans les coupes qu'une trace de chorion muqueux coloré en rouge violacé par l'éosine hématoxylique, au milieu duquel on aperçoit de nombreuses cellules plates coupées obliquement. Il n'existe dans ces préparations ni vaisseaux, ni glandes, ni follicules clos, ni apparences papillaires, ni cellules géantes.

Il s'agit donc d'un processus hyperplasique de la muqueuse limité à la zone des cellules polyédriques.

Troisième nodule (obs. III et fig. 3). — Il avait le volume d'un grain de chènevis. Après fixation par l'alcool absolu, coloration en masse par le picro-carmin, inclusion dans la paraffine, des coupes en série sont pratiquées au microtome de Viallanes. Ces coupes sont ovalaires et mesurent un millimètre et demi dans le sens du plus grand diamètre, un millimètre dans le sens du plus petit.

Première série de coupes (32). — On distingue à l'œil nu, sur des coupes au $\frac{1}{100}$ de millimètre, un épaissement qui se détache en rouge vif sur un fond rosé.

L'examen microscopique montre, en allant de la périphérie au centre :

Un épithélium pavimenteux stratifié, dénué d'ondulations papillaires, mais présentant, sur trois points bien limités, des épaississements considérables ;

α) Le premier épaississement a une largeur de $480\ \mu$ et une profondeur de $440\ \mu$;

β) Le deuxième, une largeur de $100\ \mu$ et une profondeur de $200\ \mu$;

γ) Le troisième, une largeur de $320\ \mu$ et une profondeur de $200\ \mu$.

Ces épaississements résultent d'une augmentation considérable des couches de cellules polyédriques et cylindriques. Les parties excentriques de la muqueuse sont constituées par les assises normales de cellules plates. Au niveau des couches polyédriques, la substance cimentante est très marquée ; les noyaux, volumineux, bien colorés par le carmin, présentent des figures de karyokinèse.

On compte jusqu'à quinze couches de cellules polyédriques superposées, adjacentes, intimement reliées les unes aux autres par une substance cimentante et des filaments d'union d'une netteté parfaite à un fort grossissement, et quatre à cinq rangées de cellules cylindriques, sans interposition de cellules migratrices. Dans ces coupes, très régulières, les transitions sont parfaitement ménagées entre les cellules plates et losangiques de la périphérie et les cellules profondes. Il y a incontestablement à ce niveau une hypertrophie considérable de la muqueuse. La membrane basale a son aspect normal. Le chorion est constitué par des cellules fusiformes à prolongements bipolaires que l'on peut suivre parfois sur une étendue de $60\ \mu$, puis par des cellules rondes, irrégulièrement disséminées, non cohérentes ; enfin, par une substance intermédiaire, teintée en rose pâle par le carmin, nettement fibrillaire, mais qui n'offre pas néanmoins la texture du tissu fibreux adulte. Cette couche est très pauvre en vaisseaux.

Dans la profondeur de la coupe, on voit quelques rares lacs de fibres élastiques. Une recherche minutieuse ne parvient à faire découvrir ni follicules clos ni éléments glandulaires. Ce chorion est traversé d'espaces clairs, sensiblement

parallèles à l'épithélium, de forme très irrégulière; sur leurs parois font saillie des cellules du tissu lamineux.

On ne saurait décrire dans ces préparations un véritable corps papillaire. Cette dénomination convient-elle, en effet, aux portions dermiques qui bordent latéralement les parties hypertrophiées de l'épithélium? Nous ne le pensons pas. On ne voit pas là le vaisseau sanguin si caractéristique de la papille; de plus, on peut suivre sur une étendue de 8 dixièmes de millimètre la muqueuse restée saine, coupée normalement à sa surface, ainsi que le démontrent les stratifications régulières des cellules, et qui ne présente aucune sinuosité déterminée par des papilles.

Deuxième série (32 coupes au 1/100 de millim.). — Mêmes constatations que ci-dessus. Les prolongements épithéliaux sont beaucoup plus accentués (l'un d'eux se chiffre par 12 dixièmes de millim.). Dans leur intimité, on voit quelques sections transversales ou obliques de saillies dermiques emprisonnées au milieu des boudins épithéliaux. Pas de vaisseaux apparents dans ces coupes.

Troisième série (18 coupes au 1/100 de millim.). — Il existe trois épaissements marqués de l'épithélium répondant à ceux que nous avons longuement décrits. Le chorion offre les caractères sus-indiqués; on y trouve toutefois la section oblique d'un vaisseau dont la structure est normale et qui est rempli d'une nappe jaune de globules sanguins. Ce vaisseau, dont le diamètre est de 40μ , est le seul que nous ayons rencontré en parcourant les diverses séries de coupes.

Ici encore, nous sommes en présence d'hypertrophies limitées de l'épithélium, qui a conservé ses caractères typiques. Le chorion fibro-élastique, épaissi, est notablement moins riche en vaisseaux que normalement.

III

Ces résultats méritent d'être rapprochés de ceux obtenus par Kanthack et publiés par lui dans le *Monatschrift für*

Ohrenheilkunde (1889). Il a examiné trois nodules des chanteurs (1). Dans le premier cas, il a noté une hyperplasie simple de l'épithélium et du tissu fibro-élastique; la surface muqueuse était inégale, ondulée, hyperkératosée, et envoyait des prolongements dans la profondeur du chorion.

Dans le second cas, l'épithélium, non épaissi, kératinisé, était hérissé d'élevures analogues aux papilles de la langue, mais plus petites. Des saillies papilliformes apparaissaient sur la corde vocale autour du nodule; il y avait, en outre, une infiltration embryonnaire notable du chorion immédiatement au-dessous de la membrane basale. Les amas épaissis de fibres élastiques étaient par places distendus par les cellules rondes intercalées; dans la trame du nodule se trouvaient deux ou trois fentes remplies, sur le vivant, d'un liquide probablement séreux.

Dans le troisième cas, on constatait une hyperplasie considérable de l'épithélium, dont les couches supérieures étaient cornées et dont les prolongements limitaient, dans l'épaisseur du derme, des papilles bien développées, mais le plus souvent dépourvues de vaisseaux et constituées par un stroma mucoïde riche en cellules rondes.

Kanthack déclare qu'il n'a jamais trouvé de glandes dans ces diverses coupes.

Telle n'est pas l'opinion de Fraenkel (2). Cet auteur, en effet, attribue aux nodules des chanteurs une origine glandulaire.

Si nous consultons les travaux relatifs à la muqueuse du larynx, la thèse de M. le professeur Coyne (3), par exemple, nous y voyons qu'on ne rencontre pas de glandes vers le bord libre de la corde vocale inférieure; « les canaux excréteurs de celles qui avoisinent le plus cette région viennent se terminer soit dans le ventricule du larynx, avant le point où apparaissent les papilles, soit dans la portion sous-

(1) L'auteur en fait une description histologique assez brève et dépourvue de figures.

(2) FRAENKEL, *Berlin. klin. Woch.*, p. 941, 28 octobre 1889.

(3) COYNE, Recherches sur l'anatomie normale de la muqueuse du larynx, etc. (*Thèse de Paris*, 1874).

glottique, à l'endroit où ces mêmes papilles cessent d'exister. » Il y a un groupe glandulaire sur la face supérieure de la corde vocale inférieure; son canal excréteur s'ouvre près du bord libre qu'il arrose. On en rencontre un autre dans la région sous-papillaire de la même corde vocale.

Kanthack (1) a confirmé cette opinion; pour lui, les glandes des cordes vocales inférieures sont simplement *avoisinentes* et siègent au niveau des apophyses vocales.

Nous-même avons vérifié la réalité de ces dispositions anatomiques sur de nombreuses coupes en série dans lesquelles nous retrouvions en outre la région papillaire révoquée en doute par Kanthack, avec ses vaisseaux si régulièrement distribués.

Ces recherches d'histologie normale et pathologique nous autorisent à penser que les nodules des chanteurs ne sauraient être rattachés à une tuméfaction des glandes glottiques.

D'après Stœrk (2), les nodules sont formés le plus souvent de tissu conjonctif, de fibres élastiques et d'un épithélium pavimenteux proliféré; la muqueuse ne conserverait que très rarement sa texture normale. Cette affirmation manquait, lorsqu'elle fut formulée, de pièces justificatives.

Schrötter (3) croit qu'il s'agit de lésions variables dont la nature est d'autant plus douteuse qu'il n'existe pas de recherches anatomiques suffisantes pour entraîner la conviction. Sans doute, il s'agit souvent de proliférations circonscrites de l'épithélium; dans d'autres cas, d'une hypertrophie des papilles, sans qu'on puisse parler de papillomes, puis-qu'on n'a presque jamais vu les nodules récidiver.

Jurasz (4), qui désigne ces productions sous le nom de

(1) KANTHACK, Studien über die histologie der Larynxschleimhaut (*Virchow's Archiv*, Band 118, p. 136, 1889).

(2) Cité par WAGNIER (de Lille). Des nodules des cordes vocales (*Revue mensuelle de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 1888).

(3) SCHRÖTTER, *Vorlesungen über die krankheiten des Kehlkopfes der Luftröhre*, etc., fasc. 2, 1887, et fasc. 5, 1891.

(4) A. JURASZ, *Die Krankheiten der oberen Luftwege*, III, Heidelberg, 1892, p. 339, 365.

nodules inflammatoires, vient d'en rapporter vingt cas : il en fait aussi des hypertrophies circonscrites des éléments de la muqueuse sans fournir des preuves histologiques à l'appui de son hypothèse.

Doit-on rapprocher ces nodules de l'affection dénommée par Türck (1) *chorditis tuberosa* ou *trachoma* des cordes vocales, et qui consiste en un épaissement rugueux produit par de petites tumeurs confluentes résultant elles-mêmes d'une hyperplasie conjonctive du chorion et de modifications subies par l'épithélium. Morell-Mackenzie (2) a rencontré chez les chanteurs quelques cas très tenaces de cette dernière affection. En général, un traitement prolongé par les remèdes locaux fortement astringents (perchlorure de fer 8/30) ou caustiques (nitrate d'argent 4/30) peut assurer la guérison.

M. Wagnier (3) tend à considérer les nodules des chanteurs comme une forme bénigne et localisée de cette dernière lésion. Des examens microscopiques comparés sont nécessaires pour accréditer cette opinion qui, jusqu'à plus ample informé, doit être considérée comme purement hypothétique.

En résumé, les nodules des chanteurs sont constitués histologiquement par des hypertrophies limitées de l'épithélium et du chorion muqueux. Tantôt l'épaississement de l'épithélium est prédominant, et, dans ce cas, ou bien l'hyperplasie intéresse les diverses couches cellulaires, ou bien elle porte plus particulièrement sur l'une d'elles et s'accompagne soit de kératinisation en excès, soit d'une multiplication exagérée des cellules polyédriques : tantôt le chorion réagit plus vivement sous la forme de saillies papillaires.

Le plus souvent l'épithélium et le chorion participent à l'épaississement ; celui-ci est d'autant plus appréciable que le revêtement muqueux du bord libre des cordes vocales est

(1) TÜRK, *Klinik der krank. der Kehlkopfes*, etc. Wien. 1866.

(2) MORELL-MACKENZIE, *Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée*, traduit de l'anglais et annoté par MM. les Drs Moure et Bertier.

(3) WAGNIER, *loc. cit.*

Fig. I

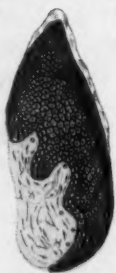


Fig. II

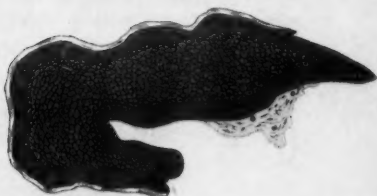
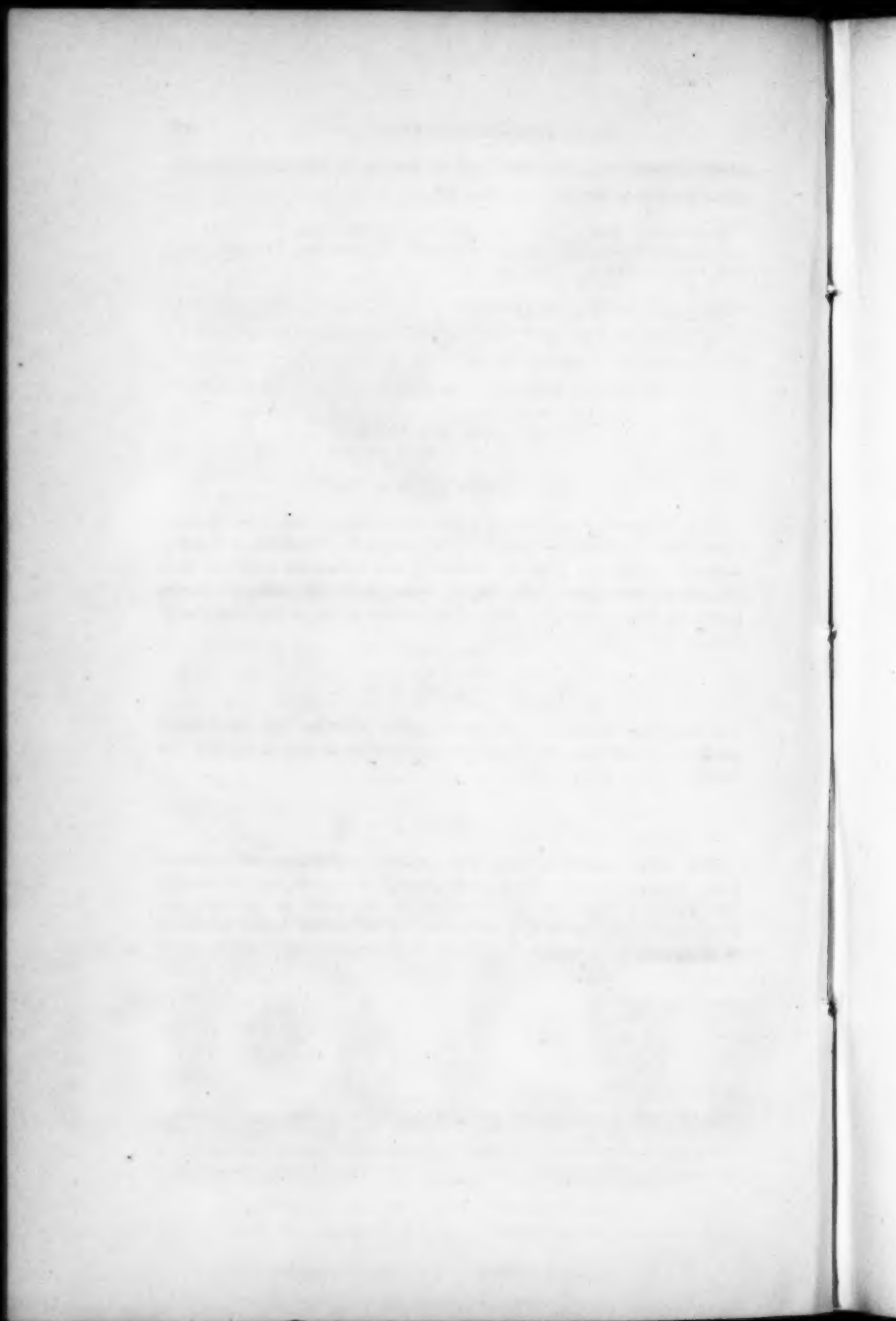


Fig. III





normalement extrêmement mince puisqu'il mesure à peine, d'après Heymann (1), de 23 à 26 μ .

(1) HEYMANN, Beitrag zur kenntniss des Epithels und der Drüsen des menschlichen kehlkopfes im gesunden und im kranken Zustande (*Virchow's Archiv.*, Band CXVIII, 2, 1889).

EXPLICATION DES FIGURES

FIG. 1 (Verick obj. 2, oc. 3).

Coupe du premier nodule : on y voit régulièrement étagées les diverses couches de l'épithélium épaissi ; à la périphérie, bordure de lamelles cornées ; au-dessous, zone de cellules plates nettement nucléées ; plus bas, cellules losangiques, polyédriques, cylindriques. La membrane basale forme un liséré rose pâle entre l'épithélium et les saillies dermiques d'aspect papillaire.

FIG. 2 (Verick obj. 2, oc. 3).

Le deuxième nodule est en grande partie constitué par des rangées parallèles de cellules polyédriques, disposées en mosaïque régulière ; le chorion y est à peine représenté.

FIG. 3 (Verick obj. 2, oc. 3).

Cette coupe montre trois épaissements épithéliaux qui résultent d'une hyperplasie des cellules polyédriques et cylindriques. Le chorion fibro-élastique dépourvu de vaisseaux en ce point ne présente pas d'ondulations papillaires bien marquées sur les parties restées saines de la muqueuse.

III

DESTRUCTION PRESQUE TOTALE DU VOILE DU
PALAIS CORRIGÉE PAR UN PALAIS MOU ARTI-
FICIEL, PRODUISANT NON SEULEMENT UNE
GRANDE AMÉLIORATION DE LA PAROLE, MAIS
UN ACCROISSEMENT IMMÉDIAT DE L'AUDITION.

Par le Dr **James THORINGTON**, assistant de la clinique pour les maladies de la gorge du *Jefferson Medical College Hospital* de Philadelphie (1).

L. B., âgée de 16 ans, née à Philadelphie de parents anglais, de petite stature et petits traits; elle tient de ses parents de ce côté. Les antécédents de famille sont bons. La menstruation est apparue il y a un an, normale et régulière. Elle s'occupe chez elle des travaux de la maison.

Etat général bon jusqu'en juillet 1884, époque à laquelle elle contracta la fièvre scarlatine, suivie, au bout de deux semaines, de diphtérie. Elle garda le lit et la maison pendant les six mois consécutifs, durant lesquels elle fut examinée par plusieurs médecins, et elle fut considérée comme guérie, lors d'une consultation. La malade raconte que sa gorge a été le principal point du traitement elle y a effectué des lavages, des gargarismes, etc., etc., qui lui avaient été recommandés. Il n'est pas certain qu'elle ait subi de cautérisation de la gorge. Un médecin déploya tellement de brutalité en pratiquant l'examen avec le manche d'une cuiller, qu'il fit sauter quatre dents qui branlaient, et coupa ou lacéra la commissure gauche de la bouche à la distance d'un demi-pouce, laissant une cicatrice de peau irrégulière.

La voix de la malade a un nasillement très prononcé, et quand elle cause, ou peut voir distinctement les ailes du nez

(1) Ce cas, montré à la clinique pour les maladies de la gorge du *Jefferson Medical College Hospital* en janvier 1892, m'a été confié par le professeur J. Solis Cohen pour le traitement de l'affection et l'application d'un appareil devant suppléer à l'insuffisance du palais mou.

ouvrir et fermer l'orifice nasal. Jamais les aliments ni les liquides n'ont passé à travers les fosses nasales postérieures pour revenir par le nez.

La malade est dure d'oreille; elle prête grande attention aux lèvres des personnes qui parlent; et raconte que toujours, depuis sa scarlatine, elle a eu un écoulement d'o-

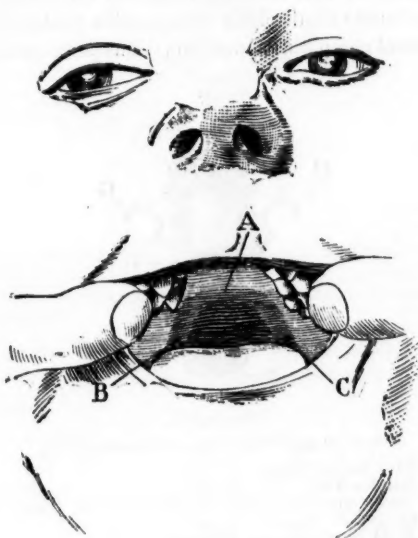


FIGURE I

Bouche maintenue ouverte à l'aide des index.

- A. — Bande uvulaire ou cicatrice.
- B. — Piliers palatins droits, montrés tels que.
- C. — Piliers palatins gauches, montrés tels que.

reilles bilatéral, d'un pus de couleur claire ayant une odeur très désagréable; cet écoulement était tout à fait épais (*crémeux*) et parfois d'une consistance aqueuse. Elle a eu l'occasion de remarquer qu'en toussant, en éternuant ou en saignant du nez, l'air passait à travers les oreilles et en ressortait. Elle n'a suivi aucun conseil ou traitement médical depuis sa convalescence.

État actuel. En regardant dans la bouche ouverte (voir figure I 1/2 de grandeur nature) toutes les dents sont en place, excepté les deux incisives supérieures, qui sont caduques. Les dents supérieures sont irrégulièrement plantées (Voir les bords du palais planche F, figures II et III).

Le palais est étroit et profond. Langue normale. Le voile palatin présente une absence complète de luette, et à sa place, une bande cicatricielle large (antéro-postérieure), d'un rouge éclatant comparativement aux tissus pâles environnants,

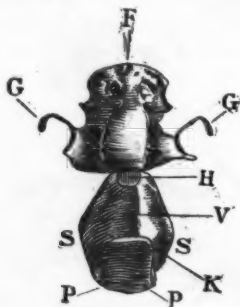


FIGURE II

Surface supérieure du palais artificiel.

- F. — Base de la plaque.
- G, B. — Bandes d'or.
- H. — Partie supérieure du clou d'or (Voir H, figure III).
- K. — Eperon du voile.
- P. P. — Bord postérieur ou pharyngé du voile.
- S. et S. — Surfaces latérales ou arcs du voile.

s'étend en travers et met en communication par leur sommet, les piliers latéraux de chaque côté (figure I). Ces piliers, le droit en particulier, sont aussi des bandes cicatricielles larges, et se fixent tous deux, presque à leur jonction, à une petite distance de la bande uvulaire, dont ils peuvent être séparés par l'extrémité d'un stylet. (B. et C. figure I). Les amygdales manquent. Quand la voix retentit, il ne se manifeste aucun mouvement du pilier antérieur droit; le pilier postérieur se meut faiblement; les piliers gauches contractent aussi quelque peu la bande uvulaire surtout sa moitié gauche.

L'examen digital prouve que le pilier antérieur droit est une cicatrice ferme et inflexible, sans aucune indication de

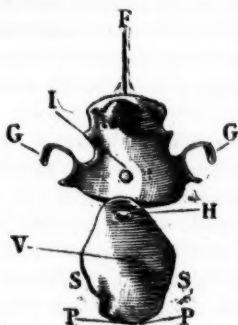


FIGURE III

Surface inférieure du palais artificiel.

I. — Assujettissement des bandes d'or qui passent pour former le clou H. (figures II et III). Les autres lettres de même qu'à la figure II.

tissu musculaire quelconque. Les piliers gauches, la bande uvulaire et le pilier droit postérieur, sont composés d'une

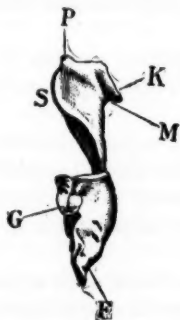


FIGURE IV

Palais artificiel vu du côté droit.

K. — Éperon du voile. Les autres lettres comme aux figures II et III.

grande quantité de tissu cicatriciel mais quelques fibres musculaires ont subsisté. Le pharynx buccal, cette partie du

pharynx qu'on voit à travers la bouche largement ouverte, est large, rayonnée ou cicatrisée en forme d'araignée, dont le corps serait le centre du pharynx buccal et ses nombreux rameaux ou branches, partent en autant de directions à partir de là. En regardant avec le miroir l'espace post-nasal, le muscle tenseur palatin gauche paraît faire saillie comparativement à son congénère du côté opposé, qui est formé de tissu muqueux et a une faible action musculaire; le résultat est une forme irrégulière de l'entrée de l'espace post-nasal en bas (K. figure II). Les diverses parties qu'on voit dans l'espace post-nasal : septum, cornets, entrée des trompes d'Eustache, etc., sont à peu près normales sauf un peu d'épaississement chronique de la membrane muqueuse, l'état normal des trompes d'Eustache eut d'ailleurs de l'importance sur le résultat du traitement, comme je l'expliquerai plus tard. Larynx normal.

Examen des oreilles. Pavillons normaux, après l'enlèvement du pus, les conduits auditifs sont trouvés étroits, profonds et macérés, mais à cause de la sensibilité ou de la crainte de la malade, il était impossible de reconnaître les membranes ou les osselets. On fit pénétrer de l'air dans les oreilles. Audition à la montre à droite : 5/60; à gauche, 4/60.

Le traitement fut partagé en trois parties :

- 1° Modifications des parties post-nasales et pharyngées;
- 2° L'otorrhée;

3° Application d'un appareil artificiel pour obvier à ces diverses lésions et améliorer la parole et, s'il est possible, l'ouïe. Les parties étaient si contractées et le tissu musculaire si rare, qu'on n'eut pas l'idée d'intervenir chirurgicalement.

La malade étant en bonne santé apparente, il était inutile de lui prescrire un traitement constitutionnel. Une consultation avec un dentiste démontra la possibilité de faire un voile, qui aiderait la malade à parler et améliorerait peut-être l'audition; cette possibilité étant basée sur l'aide supposée que prêterait l'existence des fibres musculaires des osiers postérieurs droit et gauche pour actionner le voile

artificiel. Pendant l'intervalle de la confection de ce voile, on s'occupa du traitement modificateur de la gorge et des oreilles.

Pour la gorge, on employa des lavages alcalins de forces diverses, afin de nettoyer et dégager les parties d'un mucus épais et tenace, accumulé en grande quantité. Par ce traitement, la sécrétion diminua en quantité, ténacité ou épaisseur, et à la suite de l'emploi, pendant une semaine, d'une solution iodée, l'épaisseur des membranes diminua notablement.

Les conduits auditifs furent nettoyés au moyen d'une faible solution de peroxyde d'hydrogène et séchés avec du coton absorbant et des insufflations quotidiennes d'acide borique. Au bout de quelques jours de ce traitement, la mauvaise odeur de l'écoulement disparut et, neuf semaines après, l'écoulement de l'oreille droite cessa; celui de l'oreille gauche disparut au bout de douze semaines. Au bout de ce temps, le cérumen apparut, pour la première fois depuis la scarlatine. Audition à la montre : oreille droite, 7/60; gauche, 7/60. Chaque oreille présente l'absence de membrane du tympan et des osselets. On voit le promontoire et le pied de l'étrier restant dans la fenêtre ovale.

Les figures II, III et IV montrent le palais artificiel à moitié de la grandeur normale; les surfaces supérieures, inférieures et droite latérales, respectivement. F, dans chaque figure est la base de la plaque, ou la plaque qui s'ajuste à la base de la bouche; elle est composée de gomme vulcanisée; et c'est exactement de la même espèce qu'est la plaque employée pour la rangée supérieure de dents fausses. GG, dans les figures II et III, indiquent des crampons d'or, qui sont assujettis autour de la première molaire, pour maintenir la base de la plaque en place. I, dans la figure III, est l'extrémité fixée d'une étroite pièce d'or, qui retourne à travers la substance de la base de la plaque, à l'H, figures II et III, où elle est fixée dans un clou, qui retient le voile V, figures II, III et IV.

Le voile est composé de gomme rouge, molle, très flexible, et reprenant sa forme originale sitôt que la pression cesse.

K, figure II et IV est une proéminence concave, ou éperon, qui s'adapte avec l'espace naso-pharyngien. M. figure IV, montre la partie antérieure de l'éperon, qui approche du dos de la bande uvulaire, n'exerçant aucune pression par elle-même, mais juste assez près pour recevoir une pression au moment de la contraction musculaire. Le bord supérieur de l'éperon, quand il est en position, est juste au-dessous du plancher des fosses nasales. La forme irrégulière de la tête de l'éperon sera signalée sur la figure II.

En mettant en place cette pièce unique comme travail, il est entendu d'après la description donnée ci-dessus, que le voile étant au repos, les bords marqués S et S, s'appuient sûrement contre les arcs palatins, et que le bord postérieur ou pharyngé PP, figures II, III et IV fait saillie ou pend de la paroi pharyngienne, laissant un espace de moins de deux huitièmes ($2/8$) de pouce, et à présent tout à fait suffisant à assurer une libre respiration à travers les narines et à permettre aux sécrétions de passer d'avant en arrière.

Nous demandons à la malade de parler en ouvrant largement la bouche, l'arc gauche et le tenseur palatin se contractent comme S, figure II, et poussent le voile en haut et en arrière; en même temps, le pharynx se contracte, est projeté en avant et rejoint le voile à PP; fermant ainsi complètement le passage nasal, et dirigeant la voix à travers la bouche. Le voile artificiel prend la place du voile normal, en ouvrant et en fermant le passage nasal, comme en parlant ou en avalant.

Quant au voile lui-même, il y a beaucoup à dire en sa faveur. Le danger qu'il se détache ou soit avalé est à peu près nul, quand on regarde comme il est sûrement fixé par le clou H, figures II et III. Quant à la dimension, comparativement à la plus petite dimension de l'ouverture laryngée, il serait impossible qu'il prit ce chemin, à moins qu'il ne soit détaché.

Le risque d'irriter les parties avec lesquelles il est en contact, a été envisagé attentivement et pour cette raison on a confectionné d'abord la gomme molle actuelle et comme elle n'a pas provoqué d'inflammation ou de désagrément, on est

en train de construire un voile en gomme dure. Une importante raison peut être que le voile n'ait pas irrité la muqueuse, est l'état insensible cicatriciel des parties.

Les sécrétions s'accumulent à sa surface supérieure, surtout si elles sont épaisses et, comme conséquence, il y a une diminution de l'audition sans aucun doute par la pression ou l'oblitération des trompes d'Eustache. C'est le seul inconvénient résultant de l'emploi du voile, mais la malade peut aisément y remédier en enlevant et en nettoyant le voile et les parties. Cela n'offre aucune difficulté ; la malade passe l'index dans GG (figure II) et, rabattant les crampons d'or, la plaque tombe et est enlevée de la bouche, nettoyée à l'eau tiède, et ensuite réinsérée en la passant bien en arrière et, en mettant les crampons d'or en haut des premières molaires et en pressant au-dessus, elle se met facilement en place.

Le voile a été fait aussi léger et mince que possible, et il s'approche le plus près possible du pharynx buccal quand il est en action. Si l'on pouvait donner plus d'espace que les deux huitièmes actuels ($2/8$) de pouce entre son bord postérieure et le pharynx buccal au repos, il n'y aurait pas autant de sécrétion, mais on ne pourrait pas faire cela sans laisser une ouverture dans le passage nasal, pendant l'action du voile, et ce serait la ruine de l'usage auquel il est destiné. On espère que par l'usage du voile, la membrane muqueuse continuera à se fortifier et que la sécrétion sera assez peu abondante, pour s'écouler librement toujours à travers l'espace permis, et à l'aide de l'inspiration nasale, la malade pourra pousser le mucus dans la gorge. En raison de la rétention de la sécrétion, la malade ne peut porter le voile pendant son sommeil. Deux mécanismes étant utiles à la parole, le larynx et la bouche (le vibreur et le résonateur) et la voix normale réclamant une parfaite coordination des deux, le voile dans ce cas, en suppléant aux insuffisances des parties, donne une résonance à peu près parfaite et doit atténuer sensiblement les nasillements passés. Ce nasillement diminuera graduellement et finira par disparaître quand la malade perdra l'habitude de fermer ses narines au

moyen des ailes du nez. Avant l'emploi du voile, en prononçant les mots dans lesquels les lettres E ou S étaient suivies d'une voyelle, il y avait un son marqué de Th. mais ce défaut a aujourd'hui complètement disparu.

Six était prononcé *Thix*.

Seven était prononcé *Theven*.

Sound était prononcé *Thound*.

Susie était prononcé *Thuthie*.

Cider était prononcé *Thider*.

Cincinnati était prononcé *Thinthinnati*, etc.

L'amélioration de l'ouïe survenue à la suite de l'emploi du voile, est un avantage qui égale l'amélioration de la parole, s'il ne le dépasse pas. Ainsi que le dit le titre de cet article, l'audition s'améliora immédiatement et a augmenté graduellement, de sorte qu'au moment où j'écris, six semaines après la première application du voile, l'ouïe a atteint R. et L. montre 31/60. Quand on enlève le voile, l'audition décroît à R. et L. montre 7/31, démontrant que l'amélioration est surtout mécanique, i, e, par l'appui donné aux trompes d'Eustaches. Si les entrées des trompes avaient souffert d'ulcérations, comme les autres tissus, il n'est pas du tout probable que le voile aurait amélioré l'audition.

A la suite de l'amélioration de l'audition et de la parole, la malade redevint gaie et à présent elle jouit de son entourage et de ses camarades avec plus de satisfaction qu'à aucune époque depuis la guérison de sa scarlatine.

Le professeur Cohen, qui vient d'examiner ce cas, déclare que c'est le résultat le plus heureux qu'il ait observé à la suite d'une destruction aussi étendue des tissus.

BIBLIOGRAPHIE

Beiträge zur diagnose und Therapie des Kieferhoehlenempyems (Contribution au diagnostic et au traitement de l'empyème du sinus maxillaire), par le Dr KAFEMANN. (A. W. Kafemann, Danzig, 1892.)

L'auteur est un partisan convaincu de la trépanation du

sinus maxillaire par le rebord alvéolaire autant pour le diagnostic que pour le traitement. Le lavage est le seul moyen sûr d'établir le diagnostic dans les cas difficiles, tandis que l'éclairage et même la ponction exploratrice ne donnent guère de renseignements que dans les cas où tous les autres symptômes existent et les rendent superflus. La trépanation alvéolaire est absolument inoffensive, l'orifice est d'un accès facile pour le patient, ce qui n'est pas le cas pour l'orifice naturel ou artificiel de la paroi externe du nez. Si toutes les dents étaient bonnes, ce qui est rare, l'orifice serait pratiqué dans un espace interalvéolaire. L'auteur relate trois cas où l'extraction pure et simple d'une racine infectée a ouvert le sinus maxillaire. Dans ces trois cas, la guérison radicale est survenue sans autre traitement.

Jusqu'à présent, on ne possède pas de moyen de traitement satisfaisant. Malgré les lavages et les insufflations d'iodoforme, la majorité des cas traînent des mois et des années; d'autres, guéris en apparence, récidivent. Aussi l'auteur fait-il porter pendant un an une sorte de bouchon en argent, fixé à une dent voisine, et qui maintient l'orifice ouvert pour les lavages en cas de récurrence. Statistique de 40 cas.

M. N. W.

Du traitement chirurgical de la phtisie laryngée, par le Dr R. KAFEMANN. (*Leçon inaugurale*, 13 juin 1892. A. W. Kafemann, Danzig, 1892.)

L'étude anatomique des tumeurs et des végétations tuberculeuses du larynx montre que les bacilles, les tubercules jeunes et proliférants se trouvent surtout dans la profondeur; les badigeonnages ne peuvent avoir d'action que sur les parties superficielles, où ils attaquent surtout les microorganismes associés au processus tuberculeux et non ce processus lui-même.

Il n'y a de rationnel que le traitement chirurgical, l'ablation des tumeurs, l'électrolyse de leur base d'implantation, le curetage des végétations. Après cette intervention, les différentes applications caustiques et antiseptiques trouvent leur raison d'être. Il est démontré, grâce à Heryng, que la tuberculose laryngée, même grave, peut être guérie radicalement, pourvu que l'état général du malade soit encore satisfaisant.

M. N. W.

Wesen und werth der Liebreichschen Serumtherapie (Du traitement par le sérum de Liebreich et de sa valeur), par le Dr

HENNIG, de Königsberg. (9 gravures, 2 courbes thermiques. A. Langkammer, éditeur, Leipzig, 1892.)

Le traitement de Liebreich consiste dans l'injection sous-cutanée de cantharidates de soude ou de potasse chez les tuberculeux. L'auteur apporte 40 observations, dont 23 se rapportant à des tuberculoses pulmonaires, laryngées, ostéo-articulaires, et 17 à d'autres processus pathologiques : laryngites aiguës et chroniques, aphonie menstruelle, actinomycose. Dans tous les cas non tuberculeux, la guérison ou une amélioration considérable ont été obtenues en quelques jours ou quelques semaines avec un nombre d'injections variant de 3 à 26. Le malade atteint d'actinomycose, très aggravé par les injections de Koch, est mort après 9 injections cantharidiques. Les tuberculeux, sauf un cas de tuberculose miliaire, se sont souvent trouvés extrêmement améliorés par la méthode de Liebreich, tout en continuant leurs occupations et sans suivre aucune espèce de traitement général. Le nombre des injections a été de 14, 16, 32, max. 54 dans l'espace de plusieurs mois. La dose injectée est de 0,0001-0,0002, le siège habituel de l'injection est le tissu cellulaire interscapulaire. L'auteur n'a jamais observé de réaction fébrile, quelquefois des symptômes de cystite, rarement de néphrite passagère et sans gravité. Localement il y a de la tuméfaction et une douleur cuisante souvent fort vive. Notons que toutes les observations datent de six mois au plus.

En dehors des observations rapportées, l'auteur en a recueillies 53 autres en combinant la méthode de Liebreich au traitement par la créosote, le dermatol, etc. Les résultats ont été encore plus encourageants.

M. N. W.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Compte rendu par F. PELTESOHN.

Séance du 15 juillet 1892.

Landgraf présente un cas de *prolapsus du ventricule droit*. L'aspect est très caractéristique. Le malade se plaint d'enrouement et de douleurs dans le cou. Il ne tousse pas. Du reste on peut, à l'aide d'une sonde, réduire le ventricule hernié.

Rosenberg décrit un cas absolument semblable, dans lequel le repli ectopié fut opéré. Toutefois il apparut bientôt une récédive.

B. Fraenkel croit qu'il y a une perte de substance du processus vocal et du cartilage aryténoïde droit, et il suppose qu'il s'agissait, ici, d'un processus périchondritique.

Edmond Meyer parle des *néoformations de la trachée*, et présente un ferblantier âgé de 52 ans, qui souffre depuis plusieurs années d'un goitre assez volumineux et dur. Depuis quelques temps, il s'est produit, surtout pendant la nuit, une gêne marquée de la respiration. A l'examen laryngoscopique, on voit que la glotte est déviée, la trachée tournée autour de son axe et comprimée. En outre on voit dans la trachée une tumeur de la grosseur d'un haricot, de consistance ferme. Meyer rappelle une observation, rapportée par *Paltanf* en 1891, de glande thyroïde insérée entre les anneaux de la trachée et qui avait fait penser à une tumeur de la trachée.

Scheier traite de l'intubation du larynx. Il a traité 18 cas de diphtérie grave par l'intubation. Sur ce nombre il y eut un enfant qu'on trachéotomisa sur-le-champ, parce que l'intubation échoua; 4 autres furent également trachéotomisés, l'intubation n'ayant pas donné de résultat. Sur les 13 autres enfants, 2 furent guéris par l'intubation seule, et un ne guérit qu'après une trachéotomie consécutive. Les 10 autres malades durent finalement être tous trachéotomisés et moururent. Deux d'entre eux étaient âgés de moins de 2 ans. La cause de la mort fut le croup descendant.

Scheier discute la méthode de l'intubation, la nécessité d'avoir un personnel d'infirmiers accoutumés et le rejet des tubes par la toux. Ce dernier accident est généralement causé par l'engorgement du tube par le mucus et les membranes. Il n'y eut la plupart du temps aucune difficulté pour nourrir le malade. Ce n'est que dans 3 cas qu'on dut enlever le tube avant chaque repas. Dans un cas, il fallut employer la sonde œsophagienne. Il se produisit dans 2 cas du décubitus de la trachée et, dans un troisième cas où le tube resta 6 jours en place, on remarqua une érosion de la corde vocale gauche.

Le tubage fut pratiqué consécutivement à la trachéotomie :

1° Sur un enfant de 2 ans, chez lequel, à la suite de l'incision trachéale qui avait été pratiquée trop petite dans l'angle supérieur de la plaie, il se forma une sorte de septum dans la trachée, qui empêchait l'enlèvement de la canule trachéale;

2° Dans un cas de tumeur granuleuse chez un garçon de 10 ans. Guérison au bout de 8 jours ;

3° Dans un cas de diphtérie de la plaie du cou avec violentes hémorragies et granulations dans la trachée. Guérison ;

4° Dans un cas très avancé de diphtérie de la plaie, avec nécrose profonde du cartilage.

Pour des sténoses chroniques du cou on traita :

1° Un cas de fracture des cartilages thyroïde et cricoïde produit par un coup de pied chez un homme de 28 ans ;

2° Deux cas de syphilis. Laryngo-fissure, excision de la cicatrice, bougies d'étain de Schrötter, puis intubation ;

3° Un cas de crampe fonctionnelle inspiratoire de la glotte ;

4° Un cas de chordite vocale inférieure consécutif à l'influenza.

Au cours de la discussion, *Rosenberg* rapporte les expériences de tubage du larynx qu'il a faites à la *Polyclinique pour les maladies de la gorge de l'Université Royale*. A l'exception d'un cas de diphtérie qui guérit en 5 jours, on ne pratiqua l'intubation que sur des malades chroniques,

1° Dans un cas de fonction pervertie des cordes vocales, avec crampe des adducteurs. Le tubage donne de bons résultats. Une blessure du larynx produite au cours de l'intubation par une main inexpérimentée nécessite la trachéotomie. On emploie ensuite les bougies de Schrötter. Tubage. Guérison ;

2° Cas de périchondrite syphilitique. Trachéotomie. Traitement depuis plusieurs années par les bougies de Schrötter. Les granulations reparaissent toujours dans la trachée. Tubage pendant 6 mois. Guérison complète ;

3° Périchondrite cricoïde syphilitique. Les cordes vocales en juxtaposition. Tuméfaction sous-glottique. Violente suffocation. Tubage. Le tube reste 5 jours en place. Petite eschare du ventricule. Guérison ;

4° Tuméfaction sous-glottique chez un phthisique. Apnée. Tubage. Guérison ;

5° Papillômes multiples chez un garçon de 12 ans. Tubage au moment de l'apparition de la suffocation. Ensuite rejet des papillômes et amélioration notable de l'état général ;

6° Périchondrite aryénoïdienne tuberculeuse. Tuméfaction sous-glottique. Apnée. Tubage. Amélioration ;

7° Cas de membrane entre les cordes vocales. Tubage. Guérison.

Rosenberg croit que la technique du tubage n'offre pas de difficultés, car il ne croit pas qu'il soit difficile de relever l'épiglotte avec l'index gauche. Les tubes qu'il a introduits n'ont jamais été rejetés. Si le tubage n'enraye pas aussitôt la suffocation, il conseille d'enlever rapidement le tube.

Flatau différencie les résultats du tubage dans la diphtérie chez les adultes et chez les enfants. Chez les derniers, l'examen laryngoscopique n'est pratiqué que très rarement; aussi en cas de succès, ne peut-on pas savoir si on a été peu ou très utile. Dans un cas de paralysie des muscles postérieurs, *Flatau* a vu une amélioration passagère; il a eu plus de succès dans un cas de pachydermie très prononcée.

Landgraf expose, à la suite d'un cas personnel qu'il décrit plus minutieusement, toutes les *paralysies fonctionnelles de la parole articulée*. Cette dernière appellation, qui vient de *Rosenbach*, lui paraît particulièrement bien choisie, parce qu'elle réunit un grand nombre de manifestations isolées jusqu'ici, en un seul groupe auquel appartiennent l'aphonie hystérique, l'ap-sithyrie, l'aphonie spasmodique, la mogiphonie et l'action perversie des cordes vocales. Tous ces symptômes divers doivent être considérés à un point de vue unique, celui des innervations perverses (périphériques au centrales).

Certes, suivant que les incitations motrices nées dans le cerveau sont inhibées sur place, ou au contraire ne sont annihilées totalement ou partiellement à la périphérie par des actions antagonistes, le tableau symptomatique est très différent.

Mais il s'agit toujours, à la vérité, de l'hystérie qui a provoqué dans un cas une paralysie, dans l'autre une crampe et dans la troisième un trouble de coordination.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Des abcès otitiques du cerveau, par le D^r JANSEN, assistant à la clinique universitaire des maladies d'oreille de Berlin. (*Berliner kl. Wochenschrift*, 1891, n° 49.)

I. — Un conducteur de locomotive de 46 ans est atteint de dureté d'oreille et de bourdonnements. Au bout d'un mois, tuméfaction sur l'apophyse mastoïde droite, douleurs de tête rayon-

nant vers le front et les tempes, vertige, vomissements. Au bout de quatre mois, découpage de l'apophyse mastoïde, découverte d'un empyème. Le toit du tympan est sain, la dure-mère n'est pas mise à nu. Cinq jours après l'opération, vertige, paralysie du bras, du facial et de la jambe à gauche, somnolence, vomissements, pas de symptômes de stase, pas de fièvre, pas de ralentissement du pouls. Déviation conjuguée des yeux et de la tête à droite, hémiparésie, hémianopsie, hémianesthésie du côté gauche, réflexes tendineux augmentés.

Diagnostic : Abscès du cerveau au voisinage de la partie postérieure de la capsule interne. Le quinzième jour après la première opération, trépanation à 1/2 centimètre au delà du conduit auditif externe : dure-mère ferme, non pulsatile, de couleur et consistance normales. Ponction avec un trocart de 3 centimètres à travers la dure-mère en avant, en dedans et en haut ; il s'écoule à peu près une cuillère à soupe de pus crémeux, inodore. Élargissement de la ponction, tamponnement avec la gaze iodoformique. Il n'est pas sorti de liquide cérébro-spinal.

Le soir, accroissement des troubles moteurs ; à partir du jour suivant, régression de l'hémianopsie, des troubles de la sensibilité, de la paralysie des extrémités. Pupille droite dilatée, facial affaibli, ainsi que la mémoire. La cavité de l'abcès se ferme le 7^e jour. Le cerveau est un peu proéminent jusqu'à la fermeture de la plaie cutanée qui a lieu au bout d'environ deux mois. A la suite d'un voyage, nouveaux symptômes cérébraux, ouverture de la cicatrice sans écoulement de pus, mort au bout de dix jours. L'auteur signale la possibilité de la propagation de l'abcès par ébranlement lors de la première opération.

II. — Homme de 34 ans. Suppuration fétide à gauche depuis l'enfance à la suite de la rougeole. Le 18 juin 1891, à la suite d'un écart de régime, fièvre, température de 39°, vomissements, céphalalgie. Le 20 juin, aphasie amnésique, pas de ralentissement du pouls, de douleur à la percussion, de vertige, de paralysie, de tuméfaction veineuse du nerf optique, mais tendance à la constipation, délire, coma. Mort le 1^{er} juillet.

Autopsie : Circonvolutions fortement aplaties. Le lobe temporal gauche est fortement dilaté et ferme, par suite d'un grand abcès rempli de pus vert, fétide, entouré d'une capsule mince situé directement sur la dure-mère du toit du tympan et adhérent à cello-ci. Le toit du tympan était percé par la carie.

Autour de l'abcès il y avait une large zone de substance cérébrale pulpeuse, liquéfiée. Le sinus était libre ; il y avait des

masses cholestéatomateuses dans l'antre et la partie supérieure de la caisse. Ici la fièvre et l'altération du langage tout au plus pouvaient servir au diagnostic différentiel avec l'apoplexie.

III. — Garçon de 8 ans. Six semaines de fièvre purulente à la suite de céphalalgie et de vertige. Dans la troisième semaine de la maladie, torticolis à gauche ; quatorze jours plus tard, à la suite d'une légère otorrhée pendant quelques jours, diplopie croisée et abcès sous-périostique en arrière de l'oreille droite, icetère, apathie, pouls fréquent, pas de fièvre. A 3 centimètres en arrière du méat, une perforation de l'os conduit dans un foyer purulent fétide, extérieur à la dure-mère ; l'abcès est vidé et la paroi granuleuse de la dure-mère râclée. Après un jour de bien-être, forte fièvre, paralysie du facial gauche avec contraction, paralysie motrice et sensitive du bras gauche ; l'évacuation du pus par l'incision de la dure-mère produit une courte amélioration. Mort au bout de quatre semaines.

L'autopsie montre, en dehors de l'abcès du lobe occipital droit : une thrombose du sinus et une caverne bronchiectasique pleine de pus, probablement le foyer primitif.

Dans les deux ans et demi derniers, il s'est présenté à la clinique des maladies d'oreille de Berlin : 1 abcès aigu du cerveau sur 2,650 affections aiguës de l'oreille moyenne et 149 opérations ; 6 abcès chroniques du cerveau à la suite de suppurations chroniques de l'oreille sur 2,500 otorrhées chroniques avec 206 opérations. Les abcès siégeaient à droite, 3 à gauche, 4 dans le cervelet, 3 dans le lobe temporal. Les abcès du cervelet étaient compliqués de thrombose du sinus transverse une fois à droite ; du sinus pétreux supérieur une fois à droite ; de la veine auditive interne une fois à gauche ; un abcès du lobe temporal était compliqué de thrombose du sinus transverse. D^r A. JOLY.

Des abcès de la face extérieure de la dure-mère à la suite d'otite,
par le D^r HESSLER, de Halle. (*Archiv f. Ohrenh.*, vol. XXXIII,
2^e fasc.)

C'est à Hoffmann que l'on doit d'avoir appelé l'attention, plus qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, sur la participation de la dure-mère aux maladies de l'oreille. Il a réuni 102 cas d'affections de l'oreille à issue fatale accompagnées d'une inflammation de la dure-mère, et seulement 34 cas où une participation de la dure-mère était exclue. Il en résulte que, parmi les maladies intra-craniennes consécutives à des otites moyennes, la pachyméningite purulente externe est la plus fréquente et celle qui

amène le plus souvent d'autres maladies intra-craniennes à terminaison fatale.

Dans ces dernières années l'auteur a dû, dans près de 100 cas d'opération de l'apophyse mastoïde, enlever l'os atteint de carie jusqu'à la dure-mère encore intacte. Dans 17 cas, la paroi du sinus montrait une perte de substance plus ou moins grande, et la dure-mère était à nu et plus ou moins enflammée. Sur ces 17 cas, 13 ont guéri, 1 est encore en traitement et 3 malades sont morts, l'un d'abcès du cerveau, l'autre de méningite à la suite de cholestéatome et le troisième de méningite tuberculeuse.

Quand l'accumulation du pus est plus forte en dessous de la dure-mère et que celle-ci est détachée du rocher, on se trouve en présence de ce qu'on appelle un abcès de la face externe ou inférieure de la dure-mère. Si cet abcès est diagnostiqué à temps et opéré, on se trouve dans les meilleures conditions pour la guérison. Dans le cas contraire, il y a irruption du pus dans la cavité crânienne à travers la dure-mère et la maladie aboutit à une méningite purulente. Le pronostic jusqu'ici est fatal.

L'auteur a relevé dans la littérature les cas de ce genre, en vue de rechercher quel est le siège le plus fréquent de ces abcès et quelles sont en pareils cas les altérations anatomiques du temporal. Il a trouvé en tout 50 cas, auxquels il en ajoute 3 pris dans sa propre pratique.

Il résulte de l'étude de ces cas que les abcès de la face externe de la dure-mère intéressent aussi souvent l'une et l'autre oreille, qu'ils sont deux fois plus fréquents chez l'homme que chez la femme et que c'est dans la période de 1 à 25 ans qu'on les rencontre en plus grand nombre.

Dans un certain nombre de cas, on voit nettement comment l'abcès s'est produit. L'inflammation de l'oreille moyenne s'est transmise à l'os, a suivi dans ce dernier les diverses voies connues jusqu'au-dessous de la dure-mère où elle a produit le décollement de celle-ci et amené la formation de l'abcès. Ces cas, de beaucoup les plus nombreux, sont désignés par l'auteur sous le nom d'abcès secondaires.

Dans d'autres cas, il n'y avait communication fistuleuse entre l'oreille moyenne et l'abcès. Ces cas sont regardés par H... comme primitifs.

Sur les 53 cas, il y avait 41 abcès secondaires et 12 primitifs.

Quant au siège des abcès de la face externe de la dure-mère, la fistule osseuse se trouvait :

25 fois sur la face postérieure du rocher ;

6 — sur le toit du tympan ;

1 — sur la paroi antérieure ;

1 — sur la paroi antérieure et postérieure ;

et 8 — le siège n'est pas indiqué.

En ce qui concerne les altérations anatomiques du rocher, l'extension de la carie est très variable.

Sur les 41 cas d'abcès secondaires, la guérison a été obtenue dans 14 cas par l'opération. Dans les 27 autres cas, il y a eu terminaison fatale.

Sur les 13 cas d'abcès primitifs, dont 2 rapportés par l'auteur,

6 intéressaient la face postérieure du rocher ;

2 — la face antérieure ;

1 — le toit du tympan ;

et dans 3 cas, le siège n'est pas indiqué.

Dans 3 cas, l'opération fut suivie de guérison ; les 9 autres eurent une issue fatale.

Les abcès de la face externe de la dure-mère peuvent se produire de trois manières. Le plus souvent la suppuration de l'oreille moyenne se propage à travers l'os jusqu'à la dure-mère. D'autres cas ont une origine périphlébique certaine ; ce sont ceux où une fistule osseuse part d'une cavité de l'apophyse mastoïde, traverse l'os habituellement en arrière et en bas, et aboutit en dessous de la dure-mère ; la plupart des guérisons par opération concernent des cas de ce genre. Dans un 3^e groupe de cas, l'abcès se développe en même temps que la suppuration de l'oreille moyenne.

Des particularités cliniques intéressantes ont été notées. Dans le cas de Martinache, avant l'opération la sonde avait pénétré à travers la paroi carieuse du crâne jusqu'à la dure-mère ; celle-ci avait été comprimée et le nombre de battements du poulx avait diminué de moitié. Dans le cas d'Allen, la dure-mère avait été soulevée par l'abcès de manière à produire une légère impression sur le lobe temporal.

Le diagnostic de ces abcès ne peut être rendu probable que par exclusion des symptômes de l'abcès du cerveau. Les symptômes de compression observés dans ce dernier font défaut dans les premiers.

Le traitement doit être prophylactique et chirurgical. Il faut empêcher la rétention du pus dans l'oreille et l'extension de la suppuration à l'os, surtout en cas de déhiscences. L'abcès une fois formé, il faut l'ouvrir largement, désinfecter et drainer. Le

seul instrument convenable pour l'opération est le ciseau qui permet de surveiller constamment le champ opératoire.

Le pronostic dépend, d'une part de la défense spontanée qui s'observe si souvent dans l'otorrhée chronique ; il se produit un épaissement de la dure-mère qui s'oppose à l'irruption du pus dans le cerveau ; d'autre part de l'intervention chirurgicale avant l'éruption, si un heureux hasard fait découvrir l'abcès par le médecin.

Le travail très complet de l'auteur est suivi d'une bibliographie détaillée des cas observés. Nous renvoyons également au texte original pour les cas décrits par l'auteur et empruntés à sa pratique personnelle.

D^r A. JOLY.

Affection de l'oreille à la suite du tabes, par J. HABERMANN, de Graz. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXXIII, 2^e fasc.)

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas d'affection des nerfs auditifs à la suite du tabes et de le soumettre à l'examen anatomopathologique. Nous ne pouvons reproduire ici l'observation très détaillée, nous devons nous borner à en relever les points les plus importants.

L'oreille moyenne gauche était complètement normale. A droite il y avait une légère otite moyenne aiguë qui n'avait pu se développer que dans les dernières semaines de la vie et n'avait aucun rapport avec la surdité de la patiente.

Dans l'oreille interne, il y avait des deux côtés atrophie presque complète des fibres nerveuses du rameau cochléaire ; il ne restait que quelques fibres du côté gauche. Dans le limaçon, les fibres nerveuses étaient également atrophiées presque complètement. Le tronc du nerf acoustique était remplacé par du tissu conjonctif hyalin qui prenait très mal la coloration, montrait peu de stries et un petit nombre de noyaux ; par endroits, il était même complètement incolore et sans noyaux et de petits corps amyloïdes extrêmement nombreux y étaient dispersés.

La dégénérescence du rameau vestibulaire était moins avancée.

Dans l'oreille droite, les altérations étaient les mêmes que dans l'oreille gauche, mais pas aussi graves. Dans le limaçon il ne restait de l'appareil nerveux qu'un faisceau nerveux au sommet, et quelques cellules ganglionnaires dans la partie terminale de la spire inférieure.

D'après l'examen histologique et l'observation clinique, cette dégénérescence des nerfs était en relation causale avec le tabes dorsalis dont souffrait la malade ; d'abord parce qu'il n'y avait

pas d'autre cause de l'atrophie nerveuse, ensuite parce que les altérations histologiques du tronc nerveux correspondaient exactement à celles observées dans d'autres nerfs chez des tabétiques. L'affection n'était pas limitée au tronc du nerf acoustique et à ses ramifications dans le labyrinthe, elle s'étendait dans la cavité crânienne jusqu'aux noyaux acoustiques, qui, néanmoins étaient intacts.

D'après l'observation du malade, l'affection du nerf acoustique s'était montrée comme premier symptôme du tabes, ce qui n'a rien de surprenant, car une maladie analogue du nerf optique, sous forme d'atrophie progressive, peut également précéder de plusieurs années le développement d'autres symptômes tabétiques (KAHLER, *Wiener klin. Wochenschr.*, 1890, n° 6-11), et la surdité a été observée fréquemment comme première manifestation du tabes (HERMET, *De la surdité dans le tabes syphilitique*. Paris, 1884.)

Les bourdonnements d'oreille présents dès le début de la maladie doivent être attribués directement à l'affection du nerf, car il n'y avait pas de lésion de l'oreille moyenne. Le vertige si fréquent dans les affections labyrinthiques, que Hirt a observé aussi dans deux cas de surdité à la suite du tabes, faisait ici complètement défaut, au dire du patient, bien qu'il y eut des indices visibles de dégénérescence dans les nerfs du saccule, de l'utricule et des ampoules des canaux semi-circulaires.

Il n'y avait ni dans l'une ni dans l'autre oreille les troubles trophiques auxquels Treitel et Morpurgo attachent de l'importance et qu'ils attribuent à une affection concomitante du trijumeau.

Enfin un symptôme important était la conservation de l'ouïe pour les sons bas, avec surdité complète pour les autres. Or, il est remarquable qu'il restait au sommet du limaçon droit un faisceau nerveux déjà en voie de dégénérescence mais encore assez bien conservé, avec organe de Corti intact. Ce cas serait donc une nouvelle preuve à l'appui de l'exactitude de la théorie d'Helmholtz relativement à la fonction du limaçon, à ajouter aux recherches expérimentales de Baginsky, aux cas de Moos et Steinbrügge, de Schwabach, de Steinbrügge et aux recherches de l'auteur sur l'atrophie nerveuse dans l'oreille interne. Le fait que les nerfs n'étaient conservés qu'au sommet d'un limaçon, tandis que la patiente disait entendre des deux côtés le diapason *ut* appuyé sur l'apophyse mastoïde, n'est pas en contradiction avec l'explication donnée ci-dessus, car l'on

sait que les sons bas peuvent être transmis à l'autre oreille sans que le malade en ait conscience. Enfin il y aurait à tenir compte au point de vue de la fonction du saccule et de l'utricle de ce que, en dépit de la surdité presque complète, une grande partie des nerfs y étaient conservés ainsi que dans le rameau vestibulaire.

D^r A. JOLY.

Accumulations de pus sur la face externe de la dure-mère au cours de suppurations de l'oreille moyenne, par O. HECKE, de Breslau. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXXIII, 2^e fasc.)

L'auteur a observé deux cas d'accumulation considérable de pus entre l'os et la dure-mère à l'époque de l'épidémie d'influenza.

1^{er} cas. — Charpentier vigoureux de 33 ans, fut atteint de l'influenza en janvier 1890 et laissé guéri au bout de quatorze jours. En mars 1890 il se plaignait de maux de tête du côté droit, d'affaiblissement de l'ouïe et d'obstruction de la narine droite. Le médecin constata un catarrhe de la muqueuse pituitaire avec extension à la trompe et à la caisse.

L'auteur vit le malade le 9 mai. Il se plaignait de douleurs dans l'oreille droite, d'une tuméfaction douloureuse en arrière de la même oreille, de maux de tête très forts et d'insomnie presque absolue depuis trois semaines.

La membrane du tympan était trouble, un peu tirée en dedans, les vaisseaux du marteau injectés; la montre n'était entendue au contact que d'une manière incertaine, les nombres murmurés à environ 3 à 4 mètres. Les sons élevés étaient bien entendus, les sons bas l'étaient mal. Il y avait en arrière de l'oreille une tumeur fluctuante. Celle-ci fut ouverte le 10 mai et il en sortit une grande quantité de pus; la surface interne était couverte de nombreuses granulations fongueuses. L'apophyse mastoïde était partout rugueuse, il n'y avait nulle part ramollissement caséux.

L'auteur ouvrit l'apophyse mastoïde de la manière ordinaire, l'os avait partout la dureté de l'ivoire, ne contenait pas de cellules osseuses, l'antra ne fut pas ouvert.

Comme l'origine de la suppuration ne se trouvait pas de ce côté, l'auteur prolongea en haut l'incision de la peau et découvrit une ouverture de la dimension d'une tête d'épingle, par où le pus s'écoulait goutte à goutte de la cavité crânienne. L'ouverture fut élargie avec le ciseau jusqu'à un diamètre de 1 cent. 1/4;

elle était située à 1 cent. $1/2$ au moins au-dessus du conduit auditif externe et un peu en arrière.

Le pansement dut être renouvelé le jour suivant. Le drain placé dans l'ouverture était comprimé par la dure-mère et l'écoulement du pus empêché. Tamponnement avec la gaze iodoformique.

Le malade fut transporté le 13 mai dans le service chirurgical; l'ouverture fut de nouveau élargie, surtout en arrière à cause de symptômes de rétention du pus. Le jour suivant il se développa une méningite, à laquelle le patient succomba le 16 mai.

Le professeur Lesser pratiqua l'autopsie et trouva une méningite purulente, une accumulation considérable de pus au-dessus de la face supérieure de la pyramide entre la dure-mère et l'os, qui remplissait aussi la fosse postérieure du crâne; fistule du toit du tympan.

La fistule conduisait de l'antre dans la cavité crânienne à travers le toit du tympan.

Il s'était donc produit à la suite de l'influenza une carie de l'antre mastoïdien avec formation d'une fistule aboutissant à la cavité crânienne et accumulation considérable de pus entre la dure-mère et l'os. Si le pus s'était créé une issue à travers le toit du tympan et non par l'apophyse mastoïde, cela devait tenir à ce que celle-ci avait subi des modifications pathologiques, était scléreuse et privée de tous éléments cellulaires.

2^e cas. — Ouvrier de 52 ans, vu par l'auteur le 10 août 1890. A la fin de mai il avait été atteint d'influenza, puis de surdité, de douleurs dans l'oreille droite avec forts bourdonnements, sans suppuration. Tumeur fluctuante en arrière de l'oreille droite, s'étendant en haut et en avant par-dessus le pavillon.

Le 12 août, ouverture de l'abcès et évacuation d'énormes quantités de pus. Dans la fosse temporale, à environ 1 cent. $1/2$ au-dessus du conduit auditif externe, la dure-mère est à nu sur une étendue de 2 centimètres de long et $1/2$ centimètre de large par suite de carie et nécrose de l'os; celui-ci est couvert de nombreuses granulations dans le pourtour de la perforation. Du pus s'écoule de la cavité crânienne. L'ouverture est encore un peu élargie par le ciseau. La couche corticale externe de l'apophyse mastoïde est atteinte de carie et contient du pus; du sommet de l'apophyse, une poche d'abcès d'environ 9 centimètres de long conduit le long du crâne en arrière et en bas entre les muscles. Cette poche est ouverte.

Ouverture de l'apophyse mastoïde. L'os est très dur et sclé-

reux sur une profondeur de 1 cent. $1/2$. La couche corticale avait seule été détruite par la carie.

La guérison eût lieu sans fièvre. La dure-mère mise à nu et l'os se couvrirent bientôt de bonnes granulations. Au milieu d'octobre, le malade devait retourner chez lui, lorsqu'il présenta subitement les symptômes d'une méningite aiguë et succomba le jour suivant.

L'autopsie montra une méningite purulente étendue, ainsi qu'une forte accumulation de pus entre la dure-mère et l'os dans la fosse moyenne et postérieure du crâne. Il n'y avait pas ici de fistule aboutissant à l'antre; Le processus évolua absolument sans symptôme, car le malade était déjà considéré comme guéri.

D^r A. JOLY.

Guérison de la pyémie métastatique dans les maladies de l'oreille, par O. HECKE, de Breslau. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXXIII, 2^e fasc.)

L'auteur a opéré avec succès deux malades atteints de pyémie grave. Nous reproduirons brièvement ces cas à cause de l'intérêt qu'ils présentent.

1^{er} cas. — Écolier de 17 ans; otite moyenne subaiguë. A subi plusieurs fois le paracentèse pour évacuer un exsudat très épais. Il y avait en même temps un catarrhe naso-pharyngien purulent chronique.

Le 21 juin une excroissance polypeuse de la muqueuse de la caisse fut enlevée avec le serre-nœud froid; le reste du polype fut détruit par le galvano-cautère. Le jour suivant, frisson d'une demi-heure de durée avec forte fièvre persistante; suppuration très abondante, apophyse mastoïde légèrement sensible à la pression.

Le 24 juin, ouverture de l'apophyse mastoïde; la couche corticale est d'apparence normale; dans le fond, infiltration purulente des cellules osseuses; l'antre mastoïdien est largement ouvert à une profondeur de 2 cent. $1/4$. Diminution de la fièvre, qui ne cesse jamais complètement.

Le 28 juin (quatre jours après l'opération), pleurésie à gauche avec un peu d'exsudat.

Le 29 juin, après une température du matin de $37^{\circ},2$, subite élévation à 42° ; gonflement douloureux de l'articulation sterno-claviculaire gauche; celle-ci est largement ouverte le 30 juin et il en sort beaucoup de pus. Diminution de la fièvre et des douleurs.

Le 2 juillet, élévation de la température à 39°; pleurésie à droite avec légère exsudation; gonflement et inflammation de l'articulation de l'épaule droite, puis régression de ce côté ainsi que des pleurésies des deux côtés. Au bout de douze semaines, guérison complète avec bonne audition: pour la montre 1/2 mètre, pour les nombres murmurés 6 à 7 mètres.

2^e cas. — Le second malade était un négociant de 18 ans. Au printemps de 1890, il avait subi l'opération de l'apophyse mastoïde pour une carie étendue de la caisse avec cholestéatome, une ouverture persistance de l'apophyse mastoïde avait été établie d'après la méthode de Schwartze. Il avait été traité pour un catarrhe de la trompe et de la caisse droite et un catarrhe naso-pharyngien chronique, avait subi plusieurs fois le cathétérisme.

Le 3 mai, après être resté plusieurs jours sans paraître, il se présente chez l'auteur parce que dans la nuit, à la suite de douleurs subites dans l'oreille droite, il avait eu une très forte suppuration. Celle-ci devint encore plus abondante les jours suivants et le 8 mai la perforation de la membrane qui se rétrécissait fut élargie.

Dans la nuit du 9 au 10 mai, élévation subite de la température, frisson qui se renouvela au bout de vingt-quatre heures; apophyse mastoïde sensible à la pression, suppuration très abondante, non fétide.

11 mai, ouverture de l'apophyse mastoïde, couche corticale peu altérée, infiltration purulente des cellules. Diminution de la fièvre les deux jours suivants.

14 mai, le matin 37°,1; à trois heures de l'après-midi, frisson.

15 mai, gonflement douloureux du coude droit.

Les trois jours suivants, diminution progressive de la fièvre.

19 mai, frisson.

20 mai, frisson; fluctuation dans l'articulation du coude droit, ouverture, écoulement d'un liquide non purulent, mais séreux, trouble.

L'auteur procéda à l'examen bactériologique à l'Institut hygiénique et trouva le streptococcus pyogenes, se développant très bien en culture dans le bouillon.

Les jours suivants il y eut encore quelques faibles accès de courte durée. Au bout de dix jours il n'y avait plus de fièvre, la guérison marchait maintenant normalement. L'articulation du coude se mouvait librement. Guérison au bout de quatre mois.

Audition comme avant l'opération : montre au contact, nombres murmurés à 4 ou 5 mètres.

D^r A. JOLY.

Résultats thérapeutiques obtenus avec quelques remèdes nouveaux, par Sigismund SZENES, de Budapest. (*Arch., f. Ohr.*, vol. XXXIII, 2^e fasc.)

Comme suite d'un précédent mémoire, l'auteur s'occupe d'abord de l'aristol et de la cocaïne, puis du dermatol et du brométhyle.

La cocaïne a été injectée dans la caisse par la trompe dans 28 cas, en solution de 2 à 5 0/0, contre les bourdonnements d'oreille et elle a provoqué plusieurs fois des symptômes d'intoxication, sous la forme de vomissements, sensation de vertige, marche titubante, fatigue. Elle n'a eu cependant que peu d'effet sur les bourdonnements, même pas du tout dans la plupart des cas. Il reste donc toujours à de nouvelles expériences à montrer jusqu'à quel point la cocaïne est un remède contre les bourdonnements d'oreille.

L'auteur a employé le brométhyle, recommandé par Löwenberg, dans 42 cas de bourdonnements, mais sans grand succès.

Il a employé l'aristol dans 17 nouveaux cas de suppurations d'oreille, à ajouter à 15 cas antérieurs. Il s'en tient à l'opinion qu'il a déjà émise et qui a été confirmée par Bürkner.

Szenes a essayé le dermatol dans 18 cas : 10 fois dans la suppuration chronique de l'oreille moyenne, 2 fois dans l'otite moyenne purulente aiguë, 3 fois après l'enlèvement d'un polype, alors qu'il restait encore des granulations au fond du conduit auditif externe, et enfin 3 fois dans l'otite externe diffuse. Après avoir lavé et séché avec soin l'oreille, le dermatol était insufflé au moyen d'un pulvérisateur.

Le remède n'a pas causé de troubles subjectifs, il n'a pas non plus produit d'irritation, mais il n'a diminué la sécrétion que dans un très petit nombre de cas de suppuration.

Le dermatol agit beaucoup mieux que l'aristol, néanmoins l'auteur n'a pu arrêter complètement la suppuration que dans des cas rares.

La première condition de l'emploi du dermatol est que, le cas se prête au traitement sous forme de poudre. D^r A. JOLY.

Ueber das Verhalten der sensiblen Nerven, des Hoernerven und des Hautleitungswiderstandes bei Tetanie (Action des cou-

rants électriques sur les nerfs sensibles, le nerf auditif et la résistance de la peau dans la tétanie), par F. CHVOSTEK. (*Zeits. f. klin. Med.*, Band XIX, Hft 5 et 6.)

Nous n'avons à retenir ici que ce qui a trait au nerf de la 8^e paire. Chvostek dit d'abord que la réaction de Brenner se rencontre chez un certain nombre de sujets sains (15 0/0) et n'est obtenue qu'avec des courants assez forts. Dans la tétanie, la réaction fut obtenue très facilement, avec de faibles courants, chez six malades sur sept examinés. Cette excitabilité anormale du nerf est bien en relation avec la maladie car elle subit des variations parallèles à celles de la tétanie elle-même. L'auteur conclut qu'il s'agit d'une véritable hyperesthésie électrique du nerf. (Pour l'auteur il y a aussi une hyperexcitabilité des nerfs sensitifs, mais la résistance cutanée est normale). M. LS.

Emploi du benzoïnol pour humecter les tympan artificiels de coton, par le D^r SPALDING, de Portland. (*Arch. of Otology*, n° 3, 1891.)

Spalding recommande le benzoïnol, qui paraît n'être autre chose que de la vaseline liquide benzoïque, de préférence à la glycérine pour humecter les petites plaques de coton qui servent de tympan artificiel. L'audition serait habituellement beaucoup plus étendue et souvent portée au double. M. LS.

Opération pour la guérison de la surdité, des bourdonnements et des vertiges dans le catarrhe chronique de la caisse, par le D^r SAMUEL SEXTON. (*Arch. of Otology*, n° 2, 1891.)

M. S. Sexton est très partisan, on le sait, d'une intervention opératoire (ablation du tympan, du marteau et de l'enclume) dans les affections chroniques de la caisse. Il rapporte sept nouveaux cas qui lui paraissent en faveur de l'opération ; on arrête ainsi la surdité dans sa marche progressive, s'il n'est pas possible de faire mieux. Comme résultat immédiat, l'audition pour les sons élevés est améliorée, mais pour la parole elle ne s'améliore que petit à petit. Pendant les premiers jours, les bourdonnements peuvent être augmentés, mais ils diminuent peu à peu.

Pour éviter les lésions de la corde du tympan, l'auteur conseille d'enlever l'enclume avant le marteau. Enfin, il y a lieu de détruire le tympan lorsqu'il a de la tendance à se reformer, puisqu'il est l'obstacle à l'arrivée des ondes sonores jusqu'à la fenêtre ovale et la fenêtre ronde.

M. LS.

Mensuration de la hauteur de la coupole de la cavité tympanique, par le Dr KLINGEL, de Berlin. (*Arch. of Otology*, n° 2, 1891.)

L'auteur emploie ce terme de *coupole*, emprunté à Hartmann, pour désigner la partie supérieure de la caisse correspondant à l'attique. Elle a été bien décrite par Leidy, S. Sexton et Politzer. Ce dernier auteur dit que la distance du toit de la caisse à la tête du manche est en moyenne de 5 à 6 millimètres. Klingel a fait des mensurations sur 47 rochers de la collection de Hartmann : la moyenne qu'il obtient est un peu inférieure à celle de Politzer et ne s'élève qu'à 4 millimètres. Aussi croit-il que les instruments de Schwartze et de Sexton pour l'ablation de l'encume, dont la portion coudée a 4 ou 5 millimètres, sont un peu dangereux, car ils exposent à perforer le toit et à blesser les méninges.

M. Ls.

Considérations relatives à l'ouverture de l'apophyse mastoïde, par le Dr HEIMAN, de Varsovie. (*Arch. of Otology*, n° 2, 1891.)

Heiman formule ainsi les indications de l'opération :

1° Dans l'otite moyenne purulente aiguë, lorsque les symptômes inflammatoires du côté de l'apophyse (gonflement, douleurs vives et persistantes, fièvre) ne cèdent pas à la glace, aux sangsues et à l'incision de Wilde ;

2° Dans l'otite moyenne purulente, aiguë ou chronique, lorsque les granulations ou la sténose du conduit auditif externe empêchent l'écoulement du pus et s'accompagnent de rougeur et de douleur au niveau de l'apophyse, ou même, si ces symptômes objectifs font défaut, lorsqu'on soupçonne l'inflammation de l'apophyse mastoïde ;

3° Lorsque, l'apophyse paraissant saine, il y a des masses cholestéatomateuses difficiles à enlever par les voies naturelles et qu'il se manifeste des symptômes graves pour la vie ;

4° Dans les abcès par congestion et les fistules de la région mastoïdienne ;

5° Dans les douleurs continues et persistantes de l'apophyse ne cédant à aucun traitement, même lorsque l'apophyse mastoïde paraît saine, mais est sensible à la pression ;

6° Comme opération prophylactique, dans les cas de rétention des sécrétions lorsque la mort est à redouter par suite d'une désinfection imparfaite ;

7° Dans les cas d'otite moyenne aiguë purulente dans lesquels il n'y a pas d'inflammation de l'apophyse ni de rétention du pus, mais où l'écoulement du pus est très abondant, ne cède pas aux traitements habituels après un certain temps (2 à 3 semaines) ou même augmente, surtout s'il survient de la fièvre (1). L. MS.

8° Lorsqu'il y a des symptômes évidents d'inflammation du cerveau et des méninges, bien qu'alors les chances de succès soient très douteuses.

Heiman s'est servi dans quelques cas du trépan employé par Pasteur dans ses recherches sur les animaux, mais il continue à donner la préférence au ciseau et au marteau. M. LS.

Adénome des glandes sébacées de l'oreille externe, par M. KLIN GEL, de Berlin. (*Arch. of Otology*, n° 3, 1891.)

L'auteur a eu l'occasion d'examiner au microscope deux petites tumeurs dont l'une siégeait dans le conduit et l'autre sur l'oreille externe. Elles n'avaient d'ailleurs donné lieu qu'à peu ou point de symptômes chez les deux malades. C'étaient des tumeurs connectives, recouvertes d'épiderme, dans lesquelles on trouvait une abondante néoformation de glandes très semblables aux glandes sébacées normales.

L'auteur croit qu'il ne faut pas confondre ces tumeurs avec les papillomes, comme semble l'avoir fait Gruber, en raison de la prolifération des glandes sébacées. M. LS.

A case of tracheotomy for multiple neoplasms of the larynx
(Un cas de trachéotomie pour néoplasmes multiples du larynx),
par J. SOLIS-COHEN. (*International Clinics*, janvier 1892.)

C'est une leçon de trachéotomie professée durant l'opération.

Le malade est opéré assis et localement anesthésié par la cocaïne, conditions dans lesquelles les rapports des organes sont conservés et le danger de la chute du sang dans la trachée écarté plus sûrement que dans le décubitus dorsal et l'anesthésie générale. Quant au cas pathologique en lui-même, il présente un intérêt secondaire n'étant pas complètement étudié.

Considéré d'abord comme un cas de papillomes multiples, diagnostiqué au microscope « tissu inflammatoire », ce tissu évolua après l'opération dans le sens d'une tuberculose aiguë. M. N. W.

Die Neurosen und Reflexneurosen des Nasenrachenraumes

(1) L'indication dans ce cas nous paraît très contestable, si l'on se contente d'une aussi courte durée.

(Les névroses et les névroses réflexes du naso-pharynx, par EGMONT BAUMGARTEN (*in Sammlung Klinischer Vortraege*, avril 1892).

L'auteur range parmi les névroses du naso-pharynx toutes les sensations pénibles et douloureuses qui accompagnent les différents processus morbides de la région : sensation de sécheresse, de compression, de corps étranger, de grains de sable, de poivre, fausse localisation, etc. C'est là une acception inusitée en France du mot névrose. Quant aux réflexes et aux névroses réflexes ils s'observent dans les organes les plus divers et l'auteur cite un grand nombre d'observations dans lesquelles la destruction des végétations pharyngées a souvent suffi pour guérir des crises d'éternuement, des spasmes et des parésies de la glotte, des accès d'asthme surtout chez les enfants, des troubles digestifs, des névralgies occipitales, des migraines, des troubles vasomoteurs. Toutes les observations se rapportent d'ailleurs à des sujets manifestement nerveux-neurasthéniques, hystériques, ce qui diminue beaucoup la portée de ces faits. M. N. W.

The removal of adenoid growths from the vault of the pharynx
(L'extirpation des végétations adénoïdes de la voûte du pharynx), par H. HOYLE BUTTS, de New-York. (*The Medical News*, 2 avril 1892.)

La communication lue à l'Académie de médecine de New-York est consacrée à la description et au mode d'emploi du forceps de Gradle (de Chicago) que l'auteur considère comme le meilleur instrument dont on se soit servi jusqu'à présent, il enlève d'un coup une masse considérable et une seule application suffit presque toujours. Dans tous les cas les sujets au-dessous de 15 ans sont anesthésiés par l'éther et opérés sur le dos, tête pendante.

Dans la discussion qui suit, les membres de l'Académie émettent pour la plupart des opinions favorables à l'emploi des forceps. Cependant M. le Dr Myles préfère l'instrument de Loewenberg et M. le Dr Phillips le croit absolument insuffisant quand les végétations ne forment pas une masse compacte et unique ; il est de plus dangereux entre des mains inexpérimentées. Le Dr J. Wright cite un certain nombre de cas de mort chez des patients anesthésiés ce qui doit faire remplacer dans la mesure du possible l'anesthésie générale par l'anesthésie locale. M. N. W.

Un corps étranger très irrégulier des voies digestives expulsé sans accident à l'aide du régime des pommes de terre, par J. SOLIS-COHEN, de Philadelphie (*Medical News*, août 1891.)

Le corps étranger avalé était un ressort dentaire très irrégulier dont la figure est jointe à la communication. Le patient fut mis au régime exclusif des pommes de terre et rendit l'objet avalé dans une selle au bout de 48 heures. M. N. W.

Croupous Rhinitis (Rhinite croupale ou pseudo-membraneuse), par le Dr G. MACDONALD, de Londres. (*Arch. of Otolaryngology*, n° 2, 1891.)

Macdonald distingue nettement cette forme de la diphtérie nasale. On peut ranger dans cette rhinite les pseudo-membranes qui se forment dans le nez à la suite des cautérisations et s'étendent parfois assez loin du point touché; elles sont évidemment sous l'influence d'une vive inflammation de la muqueuse et expliquent comment une rhinite aiguë peut s'accompagner de fausses membranes. Dans ce cas les plaques s'enlèvent facilement, mais elles récidivent de même pendant plusieurs jours et souvent plusieurs semaines, parfois pendant des mois : elles occupent le nez et le rhino-pharynx.

Le malade présente les signes d'un coryza sévère et sa température s'élève à 38° environ. On a noté la coïncidence avec l'érysipèle. L'auteur conseille les fumigations et fomentations chaudes, l'enlèvement des membranes et l'application de boulettes de coton qui, s'imprégnant de liquide, compriment les cornets et les dégonflent mieux que ne le fait la cocaïne dans ces cas. M. L.S.

Traitement de l'asthme des foin, par le Dr A. RIXA. (*The therap. Gazette*, n° 12, 1891.)

L'auteur dit qu'il obtient les meilleurs résultats, dans l'asthme des foin, en faisant faire dans le nez des irrigations d'eau oxygénée, et surtout en donnant de la terpine hydratée à l'intérieur. Toutefois les doses qu'il indique paraissent très élevées, de 45 à 75 grains (soit environ 3 à 5 grammes) en vingt-quatre heures, et ne doivent pas être sans danger pour le rein si elles sont continuées pendant quelque temps. M. L.S.

The tonsils in health and disease (Les amygdales à l'état de

santé et de maladie), par le Dr HARRISON ALLEN, de Philadelphie. (*Amer. Journ. of med. sciences*, n° 1, 1892.)

Dans cet article, où l'on trouvera des indications précises sur les auteurs qui ont étudié l'anatomie normale de l'amygdale pharyngée, l'auteur démontre qu'il faut distinguer deux parties : une supérieure, qui contient les cryptes et une inférieure, qui n'en contient pas et dont par suite la surface est lisse. Entre ces deux portions bien distinctes il y a toujours un espace plus ou moins considérable, une crypte, recouverte d'un épithélium semblable à celui du pharynx. Il y a lieu aussi de décrire à la partie la plus supérieure, dans l'angle des deux piliers du voile (l'auteur l'appelle *velar tonsil*), une petite masse arrondie également séparée de la masse principale à cryptes.

L'hypertrophie peut porter sur l'ensemble ou seulement sur une partie de la glande. L'auteur croit qu'on exagère l'importance de l'hypertrophie de l'amygdale chez l'enfant, car normalement, chez celui-ci, l'amygdale dépasse les piliers. Il appelle l'attention sur les kystes tonsillaires qui se forment entre les deux masses principales, dans la poche qui les sépare. Ces particularités anatomiques ne doivent pas être oubliées dans les différentes interventions sur les tonsilles. M. LS.

Ligature de la carotide primitive chez un enfant de 3 ans et demi pour hémorragie consécutive à un abcès périamygdalaïn. Guérison, par le Dr DUNN. (Analysé dans *American Journ. of med. sciences*, septembre 1891.)

L'inflammation parenchymateuse de l'amygdale est rare chez l'enfant. Morell Mackenzie, sur 1,000 cas, en aurait vu 35 chez des enfants au-dessous de 10 ans. Beverley Robinson dit n'en avoir jamais vu et cite un cas de Goodhart. Dans un cas de Norton, chez une petite fille de 4 ans, la mort survint par hémorragie, l'abcès ayant ulcéré la carotide.

Chez le petit malade de Dunn (l'âge n'est pas indiqué), il y avait une amygdalite droite intense avec propagation de l'inflammation au palais et au pharynx. Le quatrième jour, rupture de l'abcès et, les sept jours suivants, six hémorragies très abondantes. Le sang coulait entre l'amygdale et la partie supérieure du pilier postérieur. Une tumeur pulsatile fit alors son apparition entre l'apophyse mastoïde et l'angle de la mâchoire, atteignant rapidement deux pouces et demi de long sur un et demi de large. L'enfant était à demi comateux, refusait les ali-

ments depuis plusieurs heures, avait 38°3 et 108 pulsations très faibles.

Ligature de la carotide primitive. La guérison fut rapide et sans interruption. La plaie se ferma par première intention, et le huitième jour on enlevait les sutures.

M. LS.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ESPAGNE

Oreille.

Un détail de notre pratique oto-rhino-laryngologique, par R. Botey. (*Arch. int. de lar., otol., rinol.*, janvier-février 1891.)

Hygiène de l'oreille, par V. Cozzolino. Traduction espagnole de R. Botey. (*Arch. intern. de lar., otol., rinol.*, janvier, février, mars, juin, juillet, août, septembre, octobre 1891.)

Un cas de diplopie réflexe par lésion de l'ouïe, par P. Verdos. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, janvier 1891.)

Quelques considérations sur la surdité brusque, par A. Arteaga. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, février 1891.)

Contribution à la pathologie de la panotite causée par la diphtérie scarlatineuse, par F. Rohrer. (*Arch. int. de lar., otol., rinol.*, mars-juin 1891.)

La cocaïne dans les bourdonnements d'oreille, dépendant des altérations de l'oreille moyenne, par Carralero. (*Siglo medico*, 22 mars 1891.)

Considérations sur le diagnostic de l'épilepsie acoustique, par P. Verdos. (*Rev. de ciencias med.*, Barcelone, 10 avril 1891.)

Vertige de Ménière, par R. Pacheco. (*Annales del círculo med. Argentino*, juin 1891.)

Corps étranger dans le conduit auditif externe, par Fr. Laborde. (*Rev. med. de Sevilla*, n° 6 et 7, 1891.)

La maladie de Voltolini, par L. Suñe y Molist. (*Rev. de ciencias med.*, Barcelone, 10 mai 1891.)

Comment on traite la surdi-mutité, par A. Chervin. (*Siglo medico*, 17 mai 1891.)

Un cas de périostite mastoïdienne primitive, par R. Botey. (*Siglo medico*, 14 juin 1891.)

Tympan artificiel en collodion, par L. Suñe y Molist. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, août 1891.)

La surdi-mutité et sa curabilité, par P. Verdos y Mauri. (*Imp. Amat y Martinez*, Barcelone, 1892.)

Symptômes auriculaires dans la neurasthénie, par L. Suñe y Molist. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, septembre 1891.)

Corps étranger du conduit auditif gauche, par F. Magro. (*Rev. de lar., otol. y rin.*, décembre 1891.)

Traitement de l'otite moyenne aiguë, par R. Botey. (*Rev. de ciencias med.*, 10 octobre 1891.)

Neuroparalysie vaso-motrice du labyrinthe, par V. Melcior. (*Rev. de lar., otol. y rin.*, janvier 1892.)

Otite moyenne aiguë purulente, par G. Valledor. (*Siglo medico*, 21 février 1892.)

Un cas de syphilis du labyrinthe, par R. Botey. (*Gaceta med. Catalana*, 15 mars 1892.)

Un cas de paracousie de Willis d'origine hystérique, par A. Arteaga. (*Rev. de lar., otol. y rin.*, mars 1892.)

La maladie de Ménière, par F. Gómez de la Mata. (*Arch. int. de rin., lar., otol.*, mai et juin 1892.)

Torpeur du nerf acoustique produite par une salpingosténose, par F. Rohrer. (*Arch. int. de rin., lar., otol.*, mai 1892.)

Diagnostic de la surdité profonde, par A. Arteaga. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, avril 1892.)

Larynx et Trachée.

Le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, par J. Roquer y Casadesús et A. Masó y Brú. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, décembre 1890.)

De la laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante, par A. Gouguenheim et J. Glover. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, novembre et décembre 1890 et janvier 1891.)

Un cas d'éversion du ventricule droit, par R. Botey. (*Arch. int. de lar., otol., rinol.*, janvier-février 1891.)

La guérison radicale de la phtisie du larynx peut-elle être obtenue par le traitement chirurgical endolaryngien? par T. Heryng. (*Arch. int. de lar., otol., rinol.*, janvier-février 1891.)

Œdème laryngien au cours d'une pharyngite, par A. d'Aguanno. (*Arch. int. de lar., otol. y rinol.*, janvier-février 1891.)

Chorée du larynx, par Furundarena-Labat. (*Siglo medico*, p. 104, 1891.)

Le traitement de Koch dans la tuberculose laryngée, par G. Strazza. Traduction espagnole de Comparé. (*Rev. de lar., otol. y rin.*, février 1891.)

Mes impressions sur la méthode du Dr Koch contre la tuberculose, par R. de la Sota y Lastra. (*Rev. méd. de Séville*, tome XVI, n° 1, 1891.)

Sur un cas d'ictus laryngé, par J. Roquer y Casadesús. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, avril 1891.)

Traitement des ulcérations du larynx par la résorcine, par R. Serret. (*Siglo medico*, 1^{er} février 1891.)

Polype muqueux du larynx. Extirpation, par F. Mondez. (*Rev. de ciencias med. de la Habana*, 5 juin 1891.)

Recherches sur le traitement des affections laryngées par le cantharidate de potasse, par P. Heymann. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, mai 1891.)

Cas rare de guérison de lésions tuberculeuses du larynx, par J. Roquer Casadesús. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, juin 1891.)

Vingt cas traités par la tuberculine, par sir Morell-Mackenzie. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, juin 1891.)

Trois cas de laryngisme inhibiteur, par R. Botey. (*Arch. int. de lar., otol.*, etc., juillet-août 1891.)

De l'anesthésie chloroformique dans la trachéotomie, par Sojo. (*Gac. med. Catalana*, 15 mai 1891.)

Un cas de croup. Trachéotomie. Guérison, par F. Pi y Suñer. (*Gac. med. Catalana*, 30 avril 1891.)

Etudes cliniques sur la laryngologie, l'otologie et la rhinologie; pratique et enseignement actuel en Europe, par R. Botey. (1^{er} fascicule. *Revista de med. y cirugía prácticas*, Madrid, 1891; 2^e fascicule. Impr. N. Maya, Madrid, 1892.)

Traitement suggestif de l'aphonie hystérique par la méthode phonétique, par J. Scheinmann. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, juillet 1891.)

Valeur diagnostique de la toux dans la tuberculose, par Cazenave de la Roche. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, juillet 1891.)

La tuberculine dans la tuberculose laryngée, par Moritz Schmidt. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, juillet 1891.)

Idées sur le fonctionnement de la polyclinique et de la clinique du professeur H. Krause, de Berlin, par P. A. Friedländer. (*Arch. int. de lar., otol., rinol.*, septembre-octobre 1891.)

Sangue adhérente au niveau du quatrième anneau de la trachée. Utilité et immunité de l'application de la cocaïne pour pratiquer l'extrac-tion dans des cas similaires, par R. de la Sota y Lastra. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, novembre 1891.)

Deux cas d'hémorragies laryngées cataméniales, par C. Compaired. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, décembre 1891.)

Paralysie des abducteurs chez les enfants, par W. Robertson. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, décembre 1891.)

Coincidence de la syphilis et de la tuberculose dans le larynx, par R. de la Sota y Lastra. (*Arch. int. de rin., lar., otol.*, janvier et février 1892.)

Une trachéotomie, par V. J. Yanez. (*Rev. med. de Sevilla*, 30 sep-tembre 1891.)

Laryngotomie intercrico-thyroïdienne, par J. Cisneros y Sevillano. (*Siglo medico*, 27 décembre 1891.)

Unité étiologique du croup et de la diphtérie, par Egidi et Concetti. (*Arch. int. de rin., lar., otol.*, février, mars et avril 1892.)

Dysphonie produite par une tumeur du cou, par E. Pergens. (*Arch. int. de rin., lar., otol.*, février 1892.)

Notice supplémentaire sur la faculté de résorption complète des infil-trations tuberculeuses, par T. Heryng. (*Arch. int. de rin., lar., otol.*, mars 1892.)

Sur le traitement du cancer du larynx, par J. Roquer Casadesus. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, février 1892)

Trachéomie et gastrotomie, par Tizol. (*Progreso med. Habana*, juin 1892.)

Le menthol camphré dans le traitement de la laryngite catarrhale chronique, par J. Cortezao. (*Coimbra med.*, 1^{er} juin 1892.)

Nez.

Réssection du maxillaire supérieur pour une tumeur sarcomateuse de l'antre d'Highmore, par G. M. Landa. (*Rev. de ciencias med. de la Ha-bana*, 20 février 1891.)

Dermalgie d'origine nasale, par R. de la Sota y Lastra. (*Rev. de lar. otol. et rinol.*, février 1891.)

Diagnostic et traitement des végétations adénoïdes, par R. Botey. (Un vol. de 70 pages, typog. P. Ortega, Barcelone, 1891.)

L'électrolyse dans les déviations et les épaississements de la cloison nasale, par R. Botey. (*Arch. int. de lar. otol. y rinol.*, mars et juin 1891.)

Kyste de la fosse nasale, par Bartual. (*Cron. med. de Valencia*, 5 avril 1891.)

Le bégaiement et les maladies du nez et du pharynx, par Kafemann. (*Arch. int. de lar. otol., etc.*, juillet-août 1891.)

Deux cas de névropathies d'origine nasale, par R. Botey. (*Rev. de cien-cias med. de Barcelona*, 23 juin 1891.)

La pathologie et la chirurgie des sinus maxillaires, par V. Cozzolino. (*Arch. int. de lar. otol. y rinol.*, septembre-octobre 1891.)

Polypes naso-frontaux avec lésions des deux parois du sinus frontal droit, et de la partie antérieure seule du gauche, par J. M. Espada. (*Rev. de lar. otol. y rinol.*, septembre 1891.)

Sur le manuel opératoire pour l'ablation des tumeurs adénoïdes du

pharynx nasal, par A. Ruault. (*Rev. de lar. otol. y rinol.*, octobre 1891.)

De l'ostéotomie verticale et bilatérale d'Ollier, dans le traitement des polypes du nez et du naso-pharynx, par M. Mas y Soler. (*Rev. de especialidades med. quir. Valencia*, septembre 1891.)

Considérations sur la syphilis tertiaire des fosses nasales, par R. Botey. (*Arch. int. de lar. otol. rin.*, novembre-décembre 1891.)

Réssection du maxillaire supérieur gauche pour un sarcome de l'antre d'Highmore, par Recasens. (*Gac. sanit. de Barcelona*, juin 1891.)

Exploration du nez et de l'oreille, par E. Obejero. (*Anales del círculo med. Argentino*, novembre 1891.)

Un cas de fibro-sarcome primitif des fosses nasales, par J. Cisneros. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, février 1892.)

Instruments pour la sémiotique et pour la thérapeutique antiseptique et chirurgicale des inflammations séro-muqueuses et purulentes des sinus du nez (frontaux maxillaires, ethmoïdaux, sphénoïdaux et ethmoïdo-lacrymaux) simulant la rhinite purulente chronique rebelle et ses résultats, par V. Cozzolino. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, mars, avril mai et juin 1892.)

Asthme nasal alternant avec un œdème circonscrit de la peau, par L. Rethi. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, avril 1892.)

Note sur le traitement du catarrhe de l'amygdale pharyngée et en particulier de sa forme circonscrite dénommée angine de Tormvaldt, par A. Ruault. (*Rev. de lar. otol. y rin.*, mars 1892.)

L'hystérie et les zones hystéro-gènes de la muqueuse nasale, par J. Roquer Casadesus. (*Rev. de lar. otol. y rinol.*, mai 1892.)

Pharynx et Varia.

Le salol dans la diphtérie, par F. J. Quiñones. (*Rev. de ciencias med. de la Habana*, 5 mars 1891.)

Trois cas d'angine gangréneuse primitive, par R. de la Sota y Lastra. (*Arch. int. de lar., otol., rinol.*, mars et juin 1891.)

La lymphé de Koch. Exposé de l'état actuel des connaissances acquises, par E. Pergens. (*Arch. int. de lar., otol. y rinol.*, mars et juin 1891.)

Thérapeutique de la diphtérie, par Gallardo. (*Siglo medico*, 19 avril 1891.)

Brèves considérations sur la pathogénie, la thérapeutique et la prophylaxie de la diphtérie, par Iglesias. (*Siglo medico*, 5 avril 1891.)

La diphtérie à l'hôpital général, par S. Garcia et Mansilla. (*Rev. clin. de los hospitales*, juin, juillet et août 1891.)

Cautérisation dans l'hypertrophie des amygdales, par A. Arteaga. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, mai 1891.)

Sur la diphtérie, par T. Susini et A. G. Gandolfo. (*Anales de asistencia publica*, Buenos-Ayres, 15 mai 1891.)

Thyroidectomie, par Llobet. (*Anales del círculo med. Argentino*, juillet 1891.)

Sur les abcès rétro-pharyngiens, par J. Roquer Casadesus. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, octobre 1891.)

Angine pseudo-membraneuse non diphtéritique, par J. A. Tremols. (*Progreso med. Habana*, novembre 1891 et janvier 1892.)

Exploration du pharynx et du larynx, par E. Obejero. (*Anales del círculo med. Argentino*, novembre 1891.)

Quatre cas de goitre exophtalmique, par R. Pacheco. (*Anales del círculo med. Argentino*, novembre 1891.)

Notes sur le traitement de la diphtérie, par Goris. (*Arch. int. de rin. lar., otol.*, janvier 1892.)

Un cas de paralysie diphtéritique grave, par B. Hernandez Coriz. (*Rev. clin. de los hospitales*, décembre 1891.)

Rare coïncidence d'une angine avec exsudation et parotidite. Hésitation dans le diagnostic, par Baldomero. (*Siglo medico*, 29 novembre 1891.)

Les traitements de la diphtérie; principales méthodes de traitement employées contre cette affection, par Fuster Fernandez. (*Siglo medico*, 20 décembre 1891.)

Tumeur maligne (sarcome?) pharyngo-laryngé à marche rapide, par J. Roquer Casadesús. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, janvier 1892.)

Irrigations d'acide salicylique dans la diphtérie, par F. Quiñones. (*Rev. de ciencias med. de la Habana*, 20 février 1892.)

Trichinose de la langue, par Ortiz de la Torre. (*Rev. med. y cor. pract.*, 7 mars 1892.)

Rétrécissement de l'œsophage, gastrostomie; observations, par J. M. Bofill. (*Gaz. sanit. de Barcelona*, mars 1892.)

Pathogénie de la diphtérie, par R. Fajarnes. (*Rev. de espec. med. quir.* Valencia, novembre 1891.)

Sur une variété peu connue d'angine phlegmoneuse. Péri-amygdalite linguale phlegmoneuse; phlegmon sous-muqueux superficiel de la base de la langue, par A. Ruault. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, avril et mai 1892.)

L'épidémie actuelle de coqueluche à Madrid et son traitement athmatrique par les inhalations fluorhydriques, par F. Valenzuela. (*Siglo medico*, 22 mai 1892.)

NOUVELLES

La 65^e réunion des naturalistes et médecins allemands se tiendra à Nuremberg du 12 au 16 septembre 1892.

Section d'otologie. — *Président* : Dr Schubert. *Secrétaire* : Dr Buckhardt.

Communications annoncées. — 1. a) Sur les signes cliniques des affections du nerf acoustique. b) Sur la diplacousie monauriculaire. c) Présentation d'un acoumètre (Hörmesser) pour la transmission ostéotympanale, par GRADENIGO (Turin). — 2. a) Labyrinthe chez les sourds-muets. b) Labyrinthe dans la leucémie, par WAGENHAUSER (Tübingue). — 3. Communication, par BEZOLD (Münich). — 4. Communication, par MOOS (Heidelberg). — 5. Présentation de préparations microscopiques, par STEINBRUGGE (Giessen). — 6. Démonstrations à l'aide du stéréoscope de coupes normales et pathologiques de l'organe de l'ouïe et des cavités nasales, par A. HARTMANN (Berlin). — 7. La théorie de Helmholtz, par BARTH (Marburg). — 8. Communication, par HABERMANN (Gratz). — 9. a) Préparations de cicatrice de la membrane d'enveloppe de l'œuf de poule. b) Préparation d'une néoformation provenant du perimysium des muscles internes de la cavité tympanique. c) Un cas d'ouverture de l'apophyse mastoïde et ablation consécutive de deux exostoses éburnées

du conduit auditif, par HAUG (Münich). — 10. Lésions de la caisse, par KIRCHNER (Würzburg). — 11. 3,000 épreuves de l'ouïe au moyen d'un nouvel acoumètre; présentation de l'appareil, technique et théorie; moyenne du pouvoir auditif aux différents âges, par LEVY (Hagenau i/B.). — 12. Communication de LAKER (Gratz). — 13. A propos de la trépanation, par ZAUFAL (Prague). — 14. Sur le coloboma de la membrane flasque (foramen de Rivinus), par WALB (Bonn). — 15. Modifications apportées par l'âge à l'organe de l'ouïe, par RICHTER (Nüremberg). — 16. a) Présentation d'une loupe de la caisse. b) Sur la rhinite fibrineuse, par SCHUBERT (Nüremberg).

Section de laryngologie et rhinologie. — *Président* : Dr Heller; *secrétaire* : Dr Helbing.

Communications annoncées. — 1. a) Pachydermie laryngée avec séparation en forme d'îlot de l'épiglotte. b) Traitement chirurgical endolaryngé de la tuberculose laryngée. c) Présentations d'instruments pour la chirurgie du nez, par T. S. FLATAU (Berlin). 2. Communication, par V. LANGE (Copenhague). — 3. Un cas de rhinolite dans la trachée, par BOCK (Mayence). — 4. Opérations nasales chez les hémophiles, par G. ROSENFELD (Stuttgart). — 5. Pathologie de l'amygdale linguale, par SEIFERT (Würzburg). — 6. Quand apparaissent des inflammations de l'oreille à la suite d'opérations nasales et naso-pharyngées? par M. BRESGEN (Francfort-s-M.). — 7. a) Un cas de formation de rhinolith. — b) Un cas de chorée causée par des végétations adénoïdes, par WALTER (Francfort-s-M.). — 8. Pathologie des paralysies laryngées et résultats expérimentaux, par A. ONODI (Budapest). — 9. Diversité d'opinions sur la valeur des saisons d'eaux minérales pour le traitement du catarrhe naso-pharyngien et laryngien, par A. HAUPT (Soden). — 10. Affections du sinus sphénoïdal, par M. SCHAEFFER (Brème). — 11. Communication, par SCHECH (Münich). — 12. Traitement des protubérances et des scoliozes du vomer par l'électrolyse, par MORITZ SCHMIDT (Francfort-s-M.). — 13. Sur le ventricule de Morgagni, par B. FRAENKEL (Berlin). — 14. Communication, par SCHNITZLER (Vienne). — 15. Traitement de la laryngite chronique, par H. KRAUSE (Berlin). — 16. Traitement rhinoscopique des sténoses nasales débutant par des altérations osseuses ou cartilagineuses, par M. REICHERT (Berlin). — 17. Communication sur le traitement du nez gelé, par HELBING (Nüremberg). — 18. a) Tumeurs de l'amygdale. b) Présentation d'une lampe à examen électrique, par P. HEYMAN (Berlin).

Section de dermatologie et de syphiligraphie.

Syphilis des voies aériennes supérieures, par SEIFERT (Würzburg), et JURASZ (Heidelberg).

Section des maladies d'enfants.

Recherches générales sur l'intubation, par v. RANKE (Münich). — Traitement local de la diphtérie, par SIEBERT (New-York).

Section de physiologie.

Les organes centraux des fonctions de l'acoustique, par WLASSAK (Zürich).

Section de médecine interne.

Les affections du larynx dans le diabète mellitus et dans la polyarthrite rhumatismale, par LEICHTENSTERN (Cologne).

Section de chirurgie.

Aphorismes sur le goitre et l'extirpation du goitre, par KROENLEIN (Zürich). — Traitement du goitre, par GARRÉ (Tubingue).

Le II^e Congrès international de dermatologie se réunira à Vienne du 5 au 10 septembre. Parmi les communications annoncées, nous relevons les suivantes :

Sur le pemphigus du larynx, par O. CHIARI (Vienne). — Sur la syphilis de la muqueuse nasale, par STOERK (Vienne). — Sur une nouvelle méthode d'opération du rhino-phyma, par BALMANNO SQUIRE (Londres).

Lors de sa dernière session, l'*American Laryngological Association* a décidé de tenir son prochain Congrès à New-York dans la dernière semaine de mai 1893, sous la présidence de Morris J. Asch (New-York) ; 1^{er} vice-président : S. Johnston (Baltimore) ; 2^e vice-président : J. C. Mulhall (Saint-Louis) ; secrétaire-trésorier : C. H. Knight (New-York) ; bibliothécaire : T. R. French (Brooklyn) ; membre du conseil : S. W. Langmaid (Boston).

Nous lisons dans l'*Allgemeine Wiener Med. Zeitung* que le collège des professeurs vient d'élire, à une grande majorité, le professeur Virchow comme recteur de l'Université de Berlin pour la prochaine année scolaire. Le professeur Virchow était, depuis 36 ans, professeur ordinaire à l'Université de Berlin.

On lit dans le *British Medical Journal* que la *Manchester Ear Institution* a établi des lits pour l'hospitalisation des malades. Le nombre total des malades traités en un an dépasse 1,000.

Le *Bollettino delle Malattie dell' Orecchio*, etc., du Dr Grazi, annonce qu'à la suite de démarches faites par des spécialistes italiens et étrangers, le comité d'organisation du Congrès international de médecine de Rome a décidé de séparer la rhino-laryngologie de l'otologie, faisant ainsi deux sections séparées.

Le Dr J. Dionisio a passé, à l'Université de Turin, des examens pour obtenir le grade de *docent libre* en rhino-laryngologie ; les épreuves ont été des plus satisfaisantes et il ne reste plus qu'à avoir la ratification du conseil supérieur de l'instruction publique (*Boll. delle mal. dell' Orecchio*, etc., août 1892).

Le professeur Hermann Krause, de Berlin, vient d'être nommé membre correspondant de l'*American Laryngological Association*.

VIN DE CHASSAING. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. — (Poudre de séné composée), une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

GRAINS DE CÉBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Ueber äussere Anwendung von Canthariden bei Nasen und Halskrankheiten (Sur le traitement externe des affections du nez et de la gorge par la cantharidine, par C. ZIEM. (Tirage à part du *Monatschrift f. Ohrenh.*, etc., n° 6, 1892.)

Les indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les mastoidites grippales, par F. ORGOGOZO. (Broch. de 40 pages, H. Jouve, imprimeur, Paris, 1892.)

Die Störungen der Sprache und Stimme bei Paralysis agitans (Les troubles de la parole et de la voix dans la paralysie agitante), par A. ROSENBERG. (Tirage à part de la *Berliner klin. Woch.*, n° 31, 1892.)

Les otites suppuratives chroniques, par GIAMPIETRO. (Extrait des comptes rendus de la section d'otologie du Congrès international de médecine de Berlin, 1890.)

De la responsabilité morale et criminelle des sourds-muets au point de vue de la législation, par GIAMPIETRO. (Brochure de 10 pages.)

Sur l'hydrocéphale aiguë et l'otite chez les enfants et sur les troubles trophiques de l'oreille par lésions du bulbe, par E. GIAMPIETRO. (Broch. de 16 pages, 2^e édition, tipog. Amello Eugenio, Naples, 1892.)

Une question de bon sens, par E. GIAMPIETRO. (Broch. de 12 pages, impr. Deslis frères, 6, rue Gambetta, Tours, 1888.)

Traitement de la syphilis par les injections de succinimide mercurique, par L. ARNAUD. (Broch. de 64 pages ; G. Steinheil, éditeur, Paris, 1892.)

Ueber gutartigen Geschwülste der Highmorshöhle (Sur les tumeurs bénignes de l'antre d'Highmore), par P. HEYMANN. (Tirage à part des *Virchow's Archiv f. Pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. med.*, Bd. CXXIX, 1892.)

Zur Symptomatologie der Tuberculose (Sur la symptomatologie de la tuberculose, par P. HEYMANN. (Communication à la Soc. de méd. de Berlin, le 17 février 1892.)

Recherches sur le maximum perceptible de l'olfaction et de la gustation chez les épileptiques, par CH. FÉRE, P. BATIGNE et P. OUVRY. (Extrait des *Mémoires de la Soc. de biologie*, séance du 30 juillet 1892.)

Le Gérant : G. MASSON.

